

衛生福利部全民健康保險會
第5屆110年第7次委員會議事錄

中華民國110年11月19日

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第7次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國110年11月19日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、彭美瑩

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、柯委員富揚(中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆代理)、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸(中華民國護理師護士公會全國聯合會健保小組劉副召集人淑芬代理)、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會林常務理事敬修代理)、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、賴委員博司(中華民國工業區廠商聯合總會董副理事長正宗代理)、謝委員佳宜、顏委員鴻順、台灣總工會(補聘中)

請假委員：卓委員俊雄、陳委員秀熙、劉委員守仁、劉委員國隆

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、
陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第7~9頁)

貳、議程確認：(詳附錄第9~10,14頁)

決定：

- 一、有關干委員文男等15位付費者代表委員提出電子煙管制之建議案排入議程，列為討論事項第一案，原討論事項第一至三案，順延為第二至四案。
- 二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄：(詳附錄第 15 頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 16~27 頁)

決定：

一、上次(第 6 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤 1 項及繼續追蹤項次 4 等 2 項解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共 5 項，除項次 4 外，其餘 4 項繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第 28~55 頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

陸、討論事項：(詳附錄第 10~14,56~85 頁)

第一案

提案人：干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員永振、李委員麗珍、林委員恩豪、林委員敏華、翁委員燕雪、張委員文龍、許委員駢洪、陳委員有慶、楊委員芸蘋、劉委員守仁、劉委員淑瓊、賴委員博司(依委員姓名筆劃排序)

代表類別：保險付費者代表

案由：電子煙在台灣銷售已長達 7 年，使用族群年輕化，國、高中職學生電子煙使用情形亦日趨嚴重，已成為威脅國民健康的警訊，而其菸害的醫療成本，最終仍

由全民健保承擔；建議衛福部加速推動並完成菸害防制法修法，積極強化管制新興菸品的法源，嚴禁販售電子煙產品給青少年，落實防制菸害，減輕健保醫療負擔，提請討論。

決議：本案函送權責機關國民健康署，請其提供修法進度，供委員知悉。

第二案(原列第一案)

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險 111 年度保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

- 一、全民健康保險 111 年度保險費率，經本會審議結果，兩案併陳：
 - (一)甲案：維持現行費率 5.17%。
 - (二)乙案：費率調整為 5.22%~5.32%(以 111 年度醫療給付費用總額兩案併陳之協商結果，並維持 111 年底安全準備 1 個月保險給付支出法定原則估算)。
- 二、請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署提供各項可能的財務微調措施及預估經費之資料，供費率核定參考。
- 三、依全民健康保險法第 24 條第 3 項規定，將上開審議結果及與會人員發言實錄，陳報衛生福利部。

第三案(原列第二案)

提案單位：本會第三組

案由：111 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

- 一、111 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一

般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.164 億元)移撥 12.324 億元，作為特定用途移撥款，用於牙醫門診總額之「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等 5 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 110 年 12 月底前送本會同意後執行。

四、「牙周病統合治療方案」項目，自 113 年度總額起，回歸依各地區校正人口風險後保險對象人數占率(R 值)分配。

第四案(原列第三案)

提案單位：本會第三組

案由：111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，

續請討論。

決議：本案繼續保留續議，請中華民國醫師公會全國聯合會儘速於 12 月份委員會議前，提送風險調整移撥款之建議額度與用途，俾利本會討論並依法於年底前完成議定。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午 14 時 5 分。

第 5 屆 110 年 第 7 次 委員 會議

與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第6次)委員會議紀錄」、討論事項第一案「建議衛福部加速推動並完成菸害防制法修法，積極強化管制新興菸品的法源，嚴禁販售電子煙產品給青少年，落實防制菸害，減輕健保醫療負擔」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主席及各位委員，現在出席人數已經達到法定開會人數，會議正式開始，請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、中央健康保險署(下稱健保署)李署長伯璋，以及所有與會先進，大家早安，大家好(眾人說好)。非常高興我們又能在這邊相聚。一年一度的醫師節是在11月12日，在此我要對所有在場的醫師們，以及全國的醫師們，表達本會的感謝，也因為大家在第一線奮力的抗疫，守護民眾的健康，本會才有辦法在此舉行委員會議，所以在此向所有的醫師們致謝。
- 二、我也要特別恭喜，今(110)年度在中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)頒發的防疫特殊貢獻獎中，包括翁委員文能、陳委員石池、顏委員鴻順、黃委員振國都得到這份殊榮，是不是給他們一個掌聲(眾人鼓掌)，謝謝。當然在場還有吳委員鏘亮、朱委員益宏在防疫部分的表現也是可圈可點，給他們一個掌聲(眾人鼓掌)，謝謝。此外，除了醫師的部分，包括黃理事長金舜率領的藥師團隊，張副理事長澤芸所率領的護理師團隊，也請給他們最大的肯定(眾人鼓掌)。
- 三、其次要感謝這段期間，藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)黃理事長金舜非常關心民眾用藥安全，特別就入冬之後的冬令進補，舉辦座談會，教導民眾如何吃得安全及用藥安全，感謝藥全會在這方面的努力。
- 四、接著也要感謝全國六師，包括醫全會邱理事長泰源帶領的醫師團隊、以及牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)陳理事長建志

帶領的牙醫師團隊、中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)柯理事長富揚帶領的中醫師團隊，建築師公會劉理事長國隆帶領的建築師團隊，以及會計師公會全聯會、全國律師聯合會等，這六師針對高雄城中城火災聞聲救苦，總共募集 1,850 萬元，協助災民的重建、復建，我們要感謝他們的義舉，謝謝。

五、主席報告再補充一點，其中要感謝中全會在 11 月 7 日，舉辦「建立中醫社區醫療及長期照護服務網絡的成果發表會」，六區的成果發表非常豐碩，在場有非常多位委員也有參加「感謝中醫師到你家」的記者發表會，謝謝。其次，中全會柯理事長富揚率領中醫師代表晉見總統，表達中醫持續防疫、捍衛民眾健康的決心，非常感謝。

六、其次也要跟大家分享 1 則讓我們覺得很不捨的噩耗，也就是中全會施榮譽理事長純全，他長期是中醫門診總額的幕後推手，同時也是中醫藥發展法的重要幕後推手，但是天忌英才，很不幸地離開我們，我們期待他能隨著佛菩薩到西方極樂世界，同時也相信他會跟我們常相左右，共同協助我們持續推動健保業務。這邊我們是否對這位長期關切健保業務具有貢獻的人，給予 1 分鐘的追思，感謝他的貢獻(眾人追思 1 分鐘)。謝謝大家，感謝。

七、再來要跟大家分享的是在 12 月 17 日本會委員會會議會後(12 點半到 2 點)，阿中部長要來跟全體委員進行健保業務座談，所以也請大家時間預留時間與會。

八、其次也要跟大家報告，本會第四屆委員，蔡委員登順、吳委員榮達榮獲今年度衛福部頒發的衛生福利專業獎章，就在今天下午 3 點半在 1 樓大禮堂頒獎，屆時也歡迎全體委員共同觀禮。還有劉委員淑瓊，是本(第五)屆的委員，不好意思，遺漏了，我們向這 3 位委員恭喜，謝謝(眾人鼓掌)。衛生福利專業獎章非常的難得，感謝 3 位委員長期以來對衛生福利事業的卓越貢獻。

九、今天委員會議中，大家都知道，我們有個重責大任，就是要審議 111 年度全民健康保險的保險費率，這攸關全體國民權益，等一下也期待全體委員在以民為本的前提下達成共識，現在進行今天的會議，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

- 一、主席、各位委員，這次議程安排都是依照本年度工作計畫排定，首先，優先報告事項 1 案，是中央健康保險署 110 年第 3 季業務執行口頭報告；其次，討論事項 3 案是屬於本會的法定任務，而且都有在年底前須完成的法定期限，第一案是 111 年度保險費率的審議，第二、第三案分別是 111 年度牙醫門診、西醫基層總額的一般服務費用地區預算分配事項，其中西醫基層部分今天是第 2 次續請討論案。
- 二、另外議程處理，還有一件事要向委員報告，本次有干委員文男等 15 位付費代表委員提出關於電子煙管制相關提案，提案資料在會議資料議程頁後面。雖然委員在提案單的本會任務符合情況欄位勾選屬「其他有關保險業務監理事項(第 5 條)」，但審視提案內容，主要屬於菸害防制法修法建議，不屬於健保法規範之監理業務範圍，歉難認定為本會法定職掌，所以建議不納入議程，但是因為這案子有 15 位委員聯名提案，表達關心電子煙使用日趨嚴重，影響青少年健康的議題，基於委員都是全國性團體代表，具有一定民意基礎，共同重視本項健康議題，幕僚覺得非常重要，所以建議將本案提案內容依本會名義正式函送權責機關國民健康署，請其提供最新修法進度供委員知悉。這部分上週四以及昨天，我都兩度跟國民健康署署長親自拜託，針對委員關心的事項，要回復修法進度，署長答應，他也說最近修法會比較明朗，會回復給我們，所以這部分我們建議這樣的處理方式，以上。

周主任委員麗芳

一、謝謝周執行秘書淑婉的說明，接著進行議程確認，我們也特別感謝干委員文男等 15 位委員的提案，剛才周執行秘書淑婉也有說明，該議案相當重要，本會也會正式函送權責機關國健署，請其提供修法進度讓委員知悉，本案就不納入議程。

二、其他的議程若委員沒有意見，議程確認。請李委員永振。

李委員永振

一、剛剛周執行秘書淑婉的報告中，有關 15 位委員連署的提案要將本案排除，我代表向大家說明一下當時提案的動念，主要有 2 點：

(一)第 1 點是根據媒體報導，我們每年因為菸害相關疾病所耗費的健保醫療資源，最保守估計有 500 億元，從這個結果面來看，源頭是在國健署的菸害防制法，這是國健署的職責，不是健保署或本會監理對象的職責，但國健署是源頭，如果上游沒有改善，下游健保署無法管理，我們一直說健保財務收支失衡要如何改善，這樣情形永遠無法改善，基於這個角度才考慮本案應該與本會職責有關，源頭要守好，源頭不守好，大水一直下來，下游健保署要怎麼擋水？

(二)第 2 個考量權責單位國健署，也有去注意到，菸害防制法是在 98 年時修訂的，至今已經超過 11 年了，修法案出去之後，已經過 1 年，案子在行政院，公文往返，一年都過去了。無巧不巧在今年 11 月 3 日，台北市地方單位，台北市議會三讀通過「台北市新興菸品管理自治條例」草案，所以才想到如果像行政院這情形案子都拋不出去，照目前立法院的環境來看，案子要到立法院又不曉得花多久時間，說不定在座委員擔任 3 任還看不到成果。才想到是否可以協助國健署，讓他借力使力，有沒有辦法早一點讓行政院修正的草案趕快送到立法院，基於這 2 點考量，才提出本案。

二、最重要 1 點，剛提到 1 年 500 億元對目前很吃緊健保財務，這

500 億元應該很補吧！因為今年調漲健保費率，財務才增加 589 億元，若有這 500 億元就可以省下來，至少可以擋掉 1 年的健保費率的調漲，是這樣的考量。請大家思考一下，對本案如果要排除的話，最後效果仍是一樣，但用提案方式會較正式，癥結點在這裡；或者說這不是我們的監理範圍，這點我是比較存疑的，是否可以稍微解惑一下。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、一早來開會就很高興，一直鼓掌，因為我們認識健保會歷任及現任的其中 3 位委員得到衛生福利專業獎章，這是件值得恭喜的事，我在政府機關已經拿到 9 個獎章，從外交部、經濟部、內政部、國防部等...。今天令人感到遺憾的消息，就是中醫師公會施榮譽理事長純全，一位中醫前輩，我看過他很多的著作，非常敬佩他，最近才看到他要做發表會，但人生很無常。

二、對於本案我想釐清一下觀念：

(一)第 1 個觀念是依據內政部公布之會議規範第 20 條條文規定，出席人有提案權，依據此條文規定，我們所有 15 位出席人有提案的權力。

(二)第 2 點，健保會的幕僚有審核提案內容是否符合健保會的職責，這也很重要，剛剛聽周執行秘書淑婉的說明，我想再稍微釐清，請看健保法第 5 條第 1 項第 5 款「其他有關保險業務之監理事項」，這是法定條文的規範。

(三)第 3 點菸害防制法第 4 條第 1 項為「菸品應徵健康福利捐」，第 2 項是「前項健康福利捐金額，中央主管機關及財政部應每二年邀集財政、經濟、公共衛生及相關領域學者專家，依下列因素評估一次」，第 1 款很重要，「可歸因於吸菸之疾病，其罹病率、死亡率及...」，後面這段也很重要「全民健康保險醫療費用」，因為這一句就關連到

健保會總額協商職責，也因為這一句「全民健康保險醫療費用」，因為這個菸品健康福利捐(簡稱菸捐)的一些費用，有關連到健康保險的醫療費用，關連到本會年度的總額總金額，也就是醫療總金額，既然是這樣，再來是菸害防制法第 4 條第 2 項第 5 款「其他影響菸品價格及菸害防制之相關因素」，及菸害防制法第 4 條第 4 項有一句「全民健康保險之安全準備...」，這關連到全年度的醫療總額費用還有醫療準備金的因素，所以我認為雖然所提的案表面上是要菸害防制法趕快讓它通過，但關連「全民健康保險醫療費用」及「全民健康保險安全準備」，這 2 項題目。

三、既然有關連到這 2 項題目來，就變成健保會委員的職責「其他有關保險業務之監理事項」，所以我今天想要釐清的是這一點。因為本案有上述法律上的關連，本案就不是其他事項，是 15 位委員具備提案權的討論事項。我的意思是「希望」列入討論事項，雖然結果會一樣，我要釐清的是依法源的程序來列入議程裡，這樣會比較符合。如果再去提另外一個法，那就另外一件事情，我要提出來的就是，這 15 位委員雖然那天很急迫下午 5 點結束連署，若延到第 2 天可能不只 15 位，應該會再增加好幾位，建議討論結論內容結果會相同，但我認為應該列入討論事項才對。今天要釐清的不是說這個案要如何處理，是要讓在場所有的健保會委員弄清楚提案的範圍與法律關連，這個很重要。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

針對這議題，我將社會的事實面向各位委員告知，我看到很多公共場所，有許多國高中生認為好像刁一支電子煙，就覺得很屌、很帥，所以在每一個公共場所或公園角落，這些學生都成群結隊的吸

電子煙，趕了一群又來一群。我個性比較雞婆，會對他們說這樣行為對你的身體健康與家庭不好，對社會及對國家也不好，最主要是你肺部將來會怎麼樣不好，有的聽得進去，有的不聽。但是我們認知電子煙危害對社會危害很嚴重，所以本案要嚴正提出，電子煙危害這個議題已經提了很久，但沒有真正落實執行，建議本案是讓社會、立法單位及執法單位要確實的執行，無論討論結果如何，但內容我要補充，現在的觀感及時機如果我再不講的話，好像對不起我自己，也對不起社會及自己的職責。

周主任委員麗芳

感謝委員的意見，我們也很尊重健保會的幕僚，請周執行秘書淑婉向大家說明一下，討論事項列入議程的判別準則。

周執行秘書淑婉

關於李委員永振跟何委員語所提意見，會前我們也有深思熟慮，惟考量電子煙使用是在管制端，還沒有到所謂的菸捐，全民健保跟菸品的關聯，基本上是在菸捐，但在菸品管制面，我們認為應該尊重權責單位國健署，所以在議案排定的處理上，我們覺得因為健保會本身的權責範圍要處理的事項已經非常多，今天議程安排也已經非常滿，比較起來，我們認為應該要尊重國健署對菸品管制的權責，同時也相信，如果國健署提供菸害防制法的修法進度之後，委員如有意見，再從菸捐角度提案討論是不是會比較恰當？這次就先不納入討論，因為基本上還是要先掌握國健署的進度，也要尊重他們的權責，也許等到修法進度出來，我們再往下探討跟全民健保比較有連結的菸捐，屆時再做討論議案可能會比較恰當，今天我還是建議要聚焦在要討論的議案，優先討論本會法定任務比較重要。

周主任委員麗芳

謝謝說明，再次對提出本案的 15 位委員表達感謝，也很感謝你們對於有關電子煙管制的關心。請何委員語。

何委員語

實際上我們提這個案的擬辦裡面，我們寫的是「建議」，並沒有寫決議。實際上這個討論事項大家也會說依據建議案辦理，不到1分鐘就通過，今天討論這些事情反而更浪費時間，我認為是這樣子。你今天拿這個討論事項第四案，我認為不必1分鐘就通過了，因為我們只是提建議案。如果今天我們要做成決議，我們沒有權力決議，我們只是建議。如果剛才就決定列為討論事項，今天我看不到1分鐘就通過了，大家就只是建議上去而已。所以我認為不必那麼執著，我今天要讓所有的健保會委員理解，就是說未來在提案的法源跟提案相關的內容裡面，不能一直強調哪些不是監理事項，我認為是要這樣子釐清，我在這裡所要講的就是釐清，否則未來大家提案會無所適從。

周主任委員麗芳

- 一、我們是否做一個折衷，如果提案委員希望將本建議案能納入，可是因為今天重點是要討論費率，如果納入的話，剛才提案委員也都發言表示意見，我可否將這個案子調整到前面，現在就算是討論完了，我立刻做成決議，不要再花時間討論，因為剛剛已經累積4次的發言了，這樣可以嗎？我們掌握一下時間，也掌握大家的建議，這樣好嗎？(未有委員表示反對)。
- 二、有關干委員文男等15位委員提出有關電子煙管制的建議案列入議程，並調整為討論事項第一案，本案的決議就是以健保會名義正式函送權責機關國健署，請其提供修法進度供委員知悉。

何委員語

原討論事項第一案、第二案及第三案也應依序順延。

周主任委員麗芳

對！本建議案納入議程後，我們等於是已經討論完討論事項第一案，等一下就不再討論了，好嗎？委員如果沒有意見(未有委員提出)，議程確定。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

請問各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？(委員回應：沒有)會議紀錄確認。請進行下一案。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

一、本次的重要業務報告，首先是依照上次委員會議決議事項的辦理情形：

(一)第 1 項是有關彙整本會歷年委託研究計畫的成果摘要及參採情形，相關內容在附件一請委員參閱，我們真的做了蠻多研究，也做了很多參採。

(二)其次是依照決議在 11 月 2 日函知醫師公會全聯會，在 110 年 11 月委員會議前要提送 111 年西醫基層一般服務的地區預算風險調整移撥款的建議額度。

(三)另外就是上次委員會議決議列管追蹤事項有 6 項，依辦理情形我們建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 5 項，詳細資料在附表(會議資料第 17~19 頁)。最後我們還是會依照委員會議的議定結果辦理。請委員參閱會議資料第 17 頁，建議解除追蹤部分，是委員關心健保署業務執行報告裡面的一些事項，該署的回復說明在第 23~24 頁，請委員參閱。其中擬繼續追蹤的第 4 項在會議資料第 19 頁，是有關於監理指標的監測結果跟研析報告，這部分健保署提出的說明，在今天的補充資料裡面，我們的追蹤建議是，如果委員同意健保署的監測結果研析報告的說明，我們就建議解除追蹤，但最終還是看委員的意見決定。

二、說明二，請參閱會議資料第 11 頁，剛剛主席有說，因為最近疫情趨緩，部長行程也比較有空，所以安排部長來聽聽第五屆委員的意見，溝通健保的一些理念和政策方向，所以在下次委員會議的時間，請部長跟大家座談，請委員預留時間，因為這是本來預計的委員會議時間，所以大家應該是有空的，我們預計座談連同餐敘時間當日會大約到下午 2 點結束。

三、說明三，剛剛主席也提了，本會第四屆代表公正人士的委員吳委員榮達跟蔡委員登順，榮獲衛生福利專業獎章，今天下午在本部大禮堂頒獎，等一下我們也邀請了蔡委員登順在 1 點半左右到會裡面來跟大家致意；吳委員榮達因為今天有出庭的行程，所以沒有辦法來領獎，在這邊也跟大家講一聲。劉委員淑瓊因為不是本會推薦，所以我們就很不好意思，就沒特別把她寫出來，所以這個也要跟劉委員致歉說不好意思。今天的頒獎典禮因為在 3 點半，加上疫情的關係，可以入場觀禮的席次也有限，所以我們才邀請蔡委員登順來到會上跟大家致意，大家也可以跟他致意啦！

四、說明四，為了讓外界了解歷次委員會議的重點議題與結論，我在這邊要告訴各位委員，本會同仁都非常認真，從 107 年 6 月之後，我們在每次委員會議都會擇取委員討論重要的議題，在本會網頁分享委員關切討論的重要議題分析，這也是希望回應外界，我們委員會議的討論議而不決，決而不議的錯誤印象，我們要告訴外界，本會委員的討論都很專業，也都很清楚，我想這個是我們幕僚的用心。這邊列出第五屆委員上任至今討論過的重要議題，請委員參閱。

五、說明五，是衛福部跟健保署在本年 10 月到 11 月發布跟副知本會的重要公告文件，相關資訊也在 11 月 5 日都寄到各委員的電子信箱，詳細摘要請各位委員參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書的說明，有關健保會的重要業務報告，委員有無意見？依序請劉委員淑瓊、李委員永振、朱委員益宏、何委員語。

劉委員淑瓊

一、醫改會在第 6 次的委員會議裡面曾針對健保監理指標的監測結果跟研析報告提出幾個疑問，非常謝謝健保署做的回應。但是我們想請求，健保署下次給資料的時間可不可以早一點？因為我們週五一大早開會，但是常常週三才收到資料，我們每位委

員都有自己的正職，那麼短的時間裡面要去消化這麼多資料，其實是有難度的。這也反映說健保署可能沒有適足的人力處理及回應健保會的監督，也容易造成委員有「健保署不希望我們看資料」的感受。所以我們還是很誠懇的希望，健保署針對健保會所提意見的回應，能夠給委員有足夠的時間消化及再回應，以提升相關議題討論品質。

二、第二個，在回應內容方面，也希望能夠實問實答，如果這次委員會議決定要解除監理事項的追蹤列管，我沒有意見，我們後續如果還有意見，也會再提出來。在會議資料的部分，我也請我們醫改會同仁，從我們4月份來參加健保會之後，每次會議在什麼時間，給我們多少頁的資料，都做了登錄。因為我認為健保會難以在資料量大、準備時間倉促的狀況下，發揮實質監督功能，以現行的模式，委員根本沒有充裕時間去閱讀跟消化這些具有高度專業的資訊，遑論還要諮詢所代表的團體會員或內部成員的意見，然後要在會議裡面來做討論與決定，我認為這是一個「不可能的任務」。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

剛才執秘提到健保會幕僚的努力，我個人覺得在執秘的領導下，真的是進步很多，相信大部分的委員也都能感受，但就是因為太認真，有時候意見總是會有不一樣的地方，藉這個時候溝通清楚就好了，我們並沒有否定幕僚的用心。請各位委員看會議資料的第23~25頁，這是我在上次委員會議就110年9月份全民健保業務執行報告提出的請教，健保署也很用心回答，但我覺得並未抓到重點，也未解開我心中的疑惑。

一、我上次有提到第4季的短絀太高了，但健保署的答覆是用原來分配的百分比，當然再怎麼算，百分比也是一樣的，用原來基礎的話，一定是前面3季保險收入占率是75%，保險成本73%

扣除費率調漲因素前 3 季之短絀約佔全年 60%，109 年是 58.8%，110 年是 60%，本來就分配好了啊，當然接近！所以並沒有把為什麼第 4 季的短絀會變成那麼高的原因解釋出來。還有現在 10 月統計已經出來，最後 2 個月會短絀 137 億元，1~10 月才短絀 124 億元，最後 2 個月短絀 137 億元，健保署提到是因為今年保險費率調漲，但費率調漲是整年的事，不只是上半年。我比較在意的是，在這種情況之下，明年用同樣保險費率 5.17% 去估算，還會是短絀 265 億元嗎？今年的最後 2 個月就短絀 137 億元了，而且用比較保守的付費者代表協商成果估算，保險成本就要增加 198 億元，而基本工資跟公務人員薪資的調漲才增加 71 億元，中間還差了 127 億元，這樣的話，我合理懷疑明年的收支短絀估計是不是太保守？

二、針對我上次的第 2 個提問，健保署整理得很好，請各位看到會議資料第 24 頁上面，這是我們常提到的健保法第 76 條。各位看得很清楚，第 1 項就講安全準備的來源，我就不贅述。第 2 項，就是本保險如果真的短絀的時候，不夠錢怎麼辦？從已經提存的安全準備拿出來，這上次已經講得很清楚了，但是我不曉得健保署為什麼還是這樣子呈現這張表，雖然稍微有改，但是改的...不知道怎麼說！因為在來源的第 1 項，是結餘才可以列入安全準備，但是這邊把第 1 項與第 2 項混在一起解釋，因為那個跟政府要負擔 36% 有關，所以到後面才講。所以我是覺得，這個表應該改成前面就是提存數，提存數就是健保法第 76 條第 1 項所列的各項，結餘項當收支有結餘就是會出現結餘數，那如果收支沒有結餘的時候，那就是 0。再來如果是有虧損的時候，則由已提存之安全準備收回填補！

三、各位看到第 25 頁的表，法定提存好像只有 1 次，我也不曉得這個來源，我請教過健保會的幕僚，好像一開始的時候先放進去了，就只有 1 次，再來就是後面幾項，從來源這邊列出來的 3 項，其他收入是沒有。這樣的話，前面就是提存數再加一個結餘，如果在二代健保 102~104 年這 3 年都是有結餘的，所以

第 5 欄那個地方就會不見，就是 0，不需要收回。從 105 年，現在的爭議就從 105 年開始的，105 年是收支虧損 9.68 億元，這項的來源是沒有結餘，所以應該帶入 0，因為沒有，所以 105 年應該提存的安全準備是 195.25 億元，而不是後面的淨 185.57 億元，這樣差 10 億元的話，政府就會少出 4 億元，問題是這樣來的。所以那年的安全準備提出來的是用 185 億元去算的，但是那樣就少了將近 10 億元。去年短絀最高達 676.07 億元，但是安全準備還是要提存，照前面這幾項應該是提存 173.8 億元，各位可能會疑惑，不夠了怎麼提存？沒有關係，你提存還是要提存，但是你不夠才從已經提存的安全準備去掏出來補，所以會收回多少？會收回 849 億元，這 849 億元就是說，你從安全準備裡面掏回來，但是你安全準備有提存 173 億元，所以才會淨 676 億元，應該是這種概念。所以這個表上面應該是在法定提存後面加上一欄結餘，這是提存數。

四、第四，現在的(5)，那個不是什麼收支結餘等等這些，應該是收回數。那麼(6)就是當年安全準備的變動額，因為你有提存，再有收回，最後的淨額是變動額，真的從安全準備流出來的，我不曉得這樣講是不是就很清楚？所以不管你收支盈虧，一定有提安全準備，這一筆安全準備就是放到等下我們費率審查裡面要提到的，應提列安全準備，各位可以看到第一項，應提列安全準備一定是正的，不可能是負的，我先報告到這裡。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

在前 2 次的委員會議我有一個提案，包括很多委員都支持，就是在醫院總額這邊有所謂的財務缺口，在上次的委員會議是列入追蹤事項，雖然健保署及社保司都有回復，但是在上次的委員會議的決定還是繼續追蹤。但是今天會議資料中，建議解除追蹤及擬繼續追蹤的辦理情形中，都沒有看到這個項目，不知道這個項目到哪裡去

了。我覺得既然上次決議繼續追蹤，主管機關也還沒回復清楚，就應該持續追蹤，不應該就讓它消失。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、我們上一次有跟健保署請教 109 年用暫付款每季先行支付年底結算回扣回來，這邊的回復是：經 109 年度截至 110 年 10 月 28 日，經每月暫付款及核付金額沖抵後，尚有欠款計 14 家醫院(占率 3.24%)，1,881 萬 4,238 元(尚欠款占率 0.2%)，預計在 111 年 2 月底前全數繳回。109 年度的暫付款的事情，那你 110 年度用支付款不是暫付款，那你們這邊的回復是疫情的關係，我同意疫情的關係，但是現行支付方式有必要配合調整，依前開健保法相關規定，仍須經總額研商議事會議討論取得共識，並陳報衛福部核定後辦理。我認為應該要配合調整，建議健保署應修改法規，要不然 109 年就用暫付款，110 年就用支付款，這是很矛盾的行政政策。
- 二、我很了解疫情發生讓很多醫療機構經營上產生很大的營運降載跟產生很多損失，但是政府的紓困預算要介入才對，這是政府政策跟依法執行的方向，若政府不介入，為什麼社會上各行各業都可以申請紓困案，計程車司機可以申請 3 萬元紓困案，很多行業也都可以申請紓困案。目前還有 30 萬家服務業在申請紓困案，請問難道醫療院所就不能申請紓困案嗎？這有必要釐清，也是部長、署長要向立法院跟行政院長建議的，我認為應該用紓困預算介入及協助醫療院所營運降載所產生的損失，因為醫院也是一種經營的機構，我們不能忽略。
- 三、最後要說，我很謝謝周執行秘書，上次有人打電話說健保會的人員只會買便當，當然不是，我今天看出來周執行秘書也會送蘿蔔，但我有些納悶，第一點有沒有辦酒會？我們在外交部、經濟部拿到獎章都有辦酒會，內政部跟國防部都在大的場合公

開頒發獎章，不知道今天有沒有辦酒會？還有頒發獎章的層級？部長總是要來頒獎，因為這是部頒贈的獎章。部長不能來，至少也要是常務次長層級，這個是很基本，連酒會都沒辦，有一點蕭條的感覺。明年開始請周執行秘書編預算，只要頒發獎章就辦酒會，這是我提供的參考意見，因為我們在外面拿獎章，例如外交部，一定會辦酒會，經濟部也會辦酒會，內政部是會在公開上千人的場合頒發，國防部也是這樣子，警政署、警政廳、臺北市政府也都是在公開場合辦理頒獎，所以我的建議是這樣子，要給人家一點尊榮嘛！

周主任委員麗芳

謝謝各位委員的寶貴意見，先請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

- 一、我想第一個就是劉委員淑瓊提到要早一點提供資料，這個我們會改善，基本上也應該是這個樣子，您可以放心，很多東西我們會實問實答，因為也沒什麼好逃避的，在這個位置已經那麼久了，要面對很多問題。這部分也請本署同仁特別留意，該提供委員的資料要儘早準備。
- 二、第二個是李委員永振提到有關收支的短絀部分，請陳組長美杏回應李委員永振。
- 三、第三個是朱委員益宏提到，有關醫院總額財務缺口的問題，那天部長跟您討論這件事情時，有說明我們的用語不是叫「缺口」，請您改用的字眼是「不平衡」，因為「不平衡」跟「缺口」的意涵又不太一樣，等一下我們可以再說明，請陳組長美杏先回答一下李委員永振的問題。

陳組長美杏

- 一、剛剛李委員有提到資料第 23 頁的部分，此部分是因為費率調整的關係，我們過去也是按照收入跟支出的比例來分配，110 年因為有費率調整，排除保險收入因費率調整預估增加 589 億元的因素之後，110 年 1~9 月的收支短絀就會是負 509 億元，

占率是 60%，跟去年的 58% 是相當的，如果有需要會後我們可以再將資料提供委員參考。

二、另外李委員有特別提到本署的財估會不會太樂觀？其實在 110 年 10 月 15 日的費率審議前意見諮詢會議(下稱會前會)，很多的委員肯認我們的推估，在今天費率審議投影片第 7 張，待會報告，我們跟過去年度的差異率在負 0.03 至 0.25 之間。這個部分在每次費率審議的時候，都會回頭檢視我們的方法是不是正確。

李署長伯璋

請問李委員永振，這樣說明清楚嗎？

李委員永振

本來是不講啦！你既然這樣講，我又不得不講，在會前會的時候，我是有肯定他們，按照他們估計出來的數字是肯定的，等一下各位還可以看得出來。但後來我又發現一個問題，各位參考看看，在我們總額協商的時候，健保署的估算是今年度會不足 241 億元，這是在 110 年 8 月 26 日估計的，到 10 月 15 日會前會的時候，前後才 40 天，變成不足 261 億元，又多了 20 億元。所以我那天講的是肯定還是反話，你聽不懂嗎？你們那天的估算，110 年全年的差異數從負 3 億元到 18 億元，但是 40 天內竟然出現 20 億元的差異，是不是可以合理懷疑數字的正確性，我們需要確認。110 年收支短絀是 261 億元，是用付費者代表版的成長率保守推估，111 年保險支出推估將增加 198 億元，但保險收入會增加多少？剛才已經講過，明年基本工資調整增加 59 億元，軍公教調薪增加 12 億元，總共增加 71 億元。但今年最後 2 個月會短絀 137 億元，以健保署的估算方式，明年還是用 5.17% 的費率去估算，費率基礎是一樣的，明年的短絀估計是否太保守？健保署可以說還有其他收入，但其他收入有這麼多嗎？如果有的話健保署可以呈現出來沒關係，讓委員瞭解就好。另外陳組長美杏剛才的解釋，在書面資料中已經有呈現，就不用再重複說明，以節省時間。

周主任委員麗芳

謝謝李委員永振的說明，有關財務議題，特別是涉及費率精算部分，在費率審議討論案中有預留比較充裕的時間討論，因此有關財務的部分，委員可以留待討論案再討論。

李委員永振

這個部分沒有關係，我只是提出來讓大家瞭解，這部分不是重點。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋。

李署長伯璋

有關何委員語提到暫付款的議題，事實上處理起來是有很多的挑戰，的確以整個政府的角度來講，也是給醫療體系很大的一個紓困案，尤其是醫事司、疾管署都投入很多經費，至於我們健保體系因為有健保總額在運作，特別預算主要是用在未入補入，或是停診的部分，至於何委員語剛才提到醫院降載的部分，我們也是用這種方式在處理。當然你一直認為我們可能有違法，我也有跟陳部長時中報告過，我也會再跟陳部長反映委員的意見，再多做溝通。

周主任委員麗芳

非常感謝李署長伯璋，他非常有誠意，剛才也允諾對所有委員的提問絕對會實問實答，來協助回答委員的問題。

何委員語

我只是提醒李署長伯璋，你現在要執行這些事情讓我很擔心，你必須要依法有據，要不然你離開這個職務 10 年後，監察院都可能彈劾你。我最近遇到 1 個公務員，他已經退休 10 年了，竟然最近還被調查局約談，他跟我說他真的很痛心，他 10 年前退休，任公職時都很公正並依法行政，早上 8、9 點就被調查局叫去，到晚上 1、2 點才被放回來。所以我很擔心，就算今天監察院沒有彈劾你，萬一 10 年後監察院把你彈劾怎麼辦？所以我希望你真的要依法行政，公務員不是退休了就沒事，10 年甚至 15 年後還在追你，這點真的是很不好的現象，所以我一直提醒你，如果你要用政策性決

定，那就由部長批下來，由部長全部承擔，10 年後監察院會追部長，所以這點要很小心，我只是一再提醒要很小心。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉回應朱委員益宏剛才的提問。

周執行秘書淑婉

- 一、有關朱委員益宏提到的健保總額財務缺口追蹤案，因本次會議資料只呈現上次會議決議(定)事項的追蹤辦理情形，剛才您關切的案件是上上次會議(110.09.24)的決議事項，會列入半年追蹤，每半年更新辦理進度向委員報告，若有達到解除追蹤的條件，本會同仁也會一併更新追蹤建議。因此，並不是所有追蹤案件在每次會議都會一直列出，但委員關切的事項我們仍持續追蹤中，並沒有消失不見。
- 二、至於何委員語說的「蘿蔔」，我其實剛剛聽到有點嚇到，雖然本部沒有辦酒會，但今天下午 3 點半是由陳部長時中親自頒獎，頒獎後在本部一樓大禮堂有安排 1 個簡單的茶點餐會。因為本部是主責防疫任務的部會，所以在防疫期間，就縮小規模來辦理，參加的人數也稍作限制，就是用比較小規模的茶會方式辦理。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

剛剛周執行秘書淑婉針對我的提問做了回復，但是我覺得列入半年追蹤的方式有個問題，因為半年後開會的時候可能大家也不太記得這個案子的內容，因為很多事情太忙了，到底半年以後變成什麼樣子，是不是又被遺忘了我們也不知道。所以我建議歷年來，或是至少從這屆開始，是否所有追蹤事項都在每次會議議程列上去持續追蹤，看哪次委員針對持續追蹤事項的回復內容同意解除追蹤，就隨時可以解除。如果不表列，委員可能也忘記有這件事，萬一我今天忘記，或是下次健保會同仁忙碌或是怎麼樣的

情形，這個案子可能就被漏掉了。我建議反正是持續追蹤，就一直列在每次會議議程上的持續追蹤，讓它一直列下去。

周主任委員麗芳

回應一下朱委員益宏，因為健保會同仁一再提醒，現在的會議資料已經非常多，如果個別委員對您的提案有關切，您可以隨時跟健保會同仁保持聯繫，同仁會隨時告知現在最新的辦理情形。按照過往的慣例，我們每半年會很詳細的針對未結案件進行檢討，期間如果提案委員有關心，隨時都可以來跟健保會同仁詢問，以上向朱委員益宏說明，也懇請委員能夠來協助。

周執行秘書淑婉

朱委員益宏關心的事項我們也很在意，我建議不要再另外印紙本資料，我們在每次寄送會議資料電子檔時，會將歷次會議未結案件追蹤辦理情形的電子檔一併寄送委員參考。因為會議資料紙本真的越印越厚，不符合節能減碳的精神。

周主任委員麗芳

一、縱使是提供委員電子檔，我還是要向委員說明，因為討論重要業務報告時間有限，我們無法每次開會都針對年初到現在的所有追蹤事項都提出討論，只能針對上次會議決議(定)事項辦理情形進行討論，只有每半年追蹤時，才會針對所有未結案件進行討論，否則會議可能開到下午 2 點都還在討論追蹤事項。這邊我必須先跟各位委員講清楚，雖然同仁可以提供委員關切追蹤事項的資料，但這次會議只針對上次決議(定)追蹤事項討論，除非是半年追蹤才會針對所有追蹤事項進行討論。

二、有關於本會重要業務報告，因為今天李署長伯璋也做了這麼詳細的說明，委員是否可以同意有關上次會議健保署業務執行報告案，及監理指標之監測結果及研析報告案委員意見的回復，解除追蹤，健保署已經很認真提供密密麻麻的說明資料，當然委員提到資料提供時間的部分，李署長伯璋也表示以後會盡早提供委員參考。如果大家都同意(未有委員表示反對)，有關擬

解除追蹤事項項次 1(健保署 110 年 9 月份業務執行報告)，以及擬繼續追蹤事項項次 4(109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告)等 2 項解除追蹤，其餘 4 項繼續追蹤。

三、如果沒有其他意見，請進行優先報告事項。

參、優先報告事項「中央健康保險署 110 年第 3 季全民健康保險業務 行季報告」與會人員發言實錄

李署長伯璋報告：略。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝李署長伯璋展現學者的風範，用實證醫學來論述健保的貢獻，尤其在李署長的卓越領導之下，我們也看到健保署同仁及團隊得到各種國家的獎章，包括：總統創新獎、公務人員傑出貢獻獎的團體獎及個人獎等，囊括各項大獎，在這邊是否再次來肯定李署長的帶領(眾人鼓掌)。
- 二、接下來請委員提出詢問，請劉委員淑瓊、李委員永振、趙委員曉芳、干委員文男、朱委員益宏、滕委員西華、顏委員鴻順、何委員語。

劉委員淑瓊

謝謝李署長伯璋今天親自出席，也謝謝李署長非常詳盡的針對幾項重要業務做報告，有關健保醫療資訊雲端查詢系統，新增高風險藥品同藥理及同劑型重複用藥提示，因為多重慢性病人通常會用到 7~8 種藥品，是多重用藥的高風險對象，所以對於健保署執行這樣的工作，我們給予肯定，也樂觀其成。以下有幾件事情跟署長請教：

- 一、這個系統從 107 年開始到現在不知道成效如何？同時從資料的蒐集裡面去分析，我也很想知道到底造成重複、不適當開藥的原因在哪裡？
- 二、另外，在實務操作上有幾個問題，因為這事關這個系統的效率及效能，有幾個問題請教：
 - (一)現在重複用藥的檢核是用 ATC(Anatomical Therapeutic Chemical, 藥品藥理治療分類)前 5 碼，設計原理是針對同藥理、同劑型藥品的重複進行提示，但是用 ATC 前 5 碼重複去檢核夠不夠？舉例來說：降血壓、降血糖的藥品 ATC 前 4 碼，甚至 ATC 前 3 碼可能都相同，這也可能造成重複用藥，

因此，不知道用 ATC 前 5 碼去檢核重複用藥夠不夠，會不會太寬鬆。

- (二)一些臨床醫師告訴我們這個系統現在視窗太多，他們已經會反射性地點掉跳出來的視窗，在這樣忙碌的醫療現場，用這種方式提示醫師病人有無重複用藥，到底效果如何？
- (三)我們常講三同(註：藥品三同係指同成分、同品質、同價格)，但有一些醫師或病人還是認為不同廠牌的藥品，就算成分相同，品質、療效、副作用還是有差異，你提醒他不要重複，他還是照開，這問題怎麼去解決？
- (四)當醫師發現重複用藥時，要怎麼去溝通用藥？跨院重複用藥的處理難度當然很高，即使不是跨院，就算是同院不同科別之間恐怕也很難做到，所以即使系統有提醒，那萬一發現重複用藥時該怎麼辦？
- (五)再來是藥師的角色，不管是醫院的藥師或社區藥局的藥師，他們是否都看得到這個系統的重複用藥提示？我們有沒有辦法讓藥師在藥事照護上發揮把關的功能？
- (六)最後，現在自費的部分，健保署並沒有要求要上傳，但不管自費檢驗檢查或是用藥也可能有重複的疑慮，我們推動雲端查詢的目的就是希望減少重複用藥，自費項目不在裡面是否會造成缺漏？

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

健保署的用心我要予以肯定，俗語說「互相吐槽求進步」(台語，比喻在不傷和氣下互掀短處，反而促使雙方自我檢討，是一種求進步的方法)，有一些問題我還是要提出請教：

- 一、接續剛剛劉委員淑瓊提到健保醫療資訊雲端查詢系統的議題，請參閱健保署業務執行季報告第 1 頁第三項資料，現在民眾就醫實際上比以前方便進步，我在上禮拜收到這個資料其實還蠻

肯定的，但禮拜一看到 1 個新聞時，這個肯定又掉下來了，自由時報在 11 月 15 日禮拜一報導去年就醫次數的新聞，因為健保署有出來講話，各位應該有印象，去年看門診次數前 3 名的病人，第 1 名就醫次數為 839 次，第 2、3 名也有 5 百多次，就醫次數達 90 次以上病人有 3.3 萬人，這 3.3 萬人中，前一年已是高診次個案的病人占 44%，但我認為這不準，因為疫情就醫人數母數下降，所以占率提高，但平均而言有 4 成病人連續 2 年都是高診次個案，我就很困惑，當時沒時間跟李署長瞭解，困惑了 4、5 天，到底這是怎麼回事？為什麼雲端查詢的功效率那麼好，這個問題卻沒有解決？

二、有關 C 型肝炎全口服新藥的推動，請參閱健保署業務執行季報告第 1 頁第一項資料，我比較在意的是，到 2025 年還有 4 年，我們要達到接受 C 型肝炎全口服新藥治療人數 25 萬人的目標，到今年 10 月 31 日已經累計治療 12.7 萬人，所以後面還有 12.3 萬人待治療，以 4 年來看，1 年平均要治療 3 萬人以上。請參閱健保署列出的統計資料，從 106 年 C 型肝炎全口服新藥開始納入給付，大家比較不知道，到 108 年為治療高峰，1 年約 4.6 萬人接受治療，109 年又下降到 3.6 萬人，今年到 10 月約 1.6 萬人，所以我推估，抱歉，我沒有資料推估可能不準，請健保署同仁不要吐槽回來，按照這趨勢，今年治療人數應該不會超過 2 萬人吧？所以我比較好奇的是，以今年治療人數不到 2 萬人，未來每一年平均治療人數要 3 萬人才達成目標，要如何控管？不要為了達到治療 25 萬人的目標，到處去找病人，好像現在健保署已經在找了，好像已經篩出潛在治療對象 14 萬人，到底未來控管的手段要怎麼樣？

三、有關健保法施行細則第 68 條規定，保險人每年應公告平均眷口數，不知道現在健保署有無每年公告？如果有的話，最新公告的平均眷口數是多少？費率審議資料中的數字是 0.58，但這是 2 年前(109 年 1 月)公告的，現在實際上真正的平均眷口數是多少？是否可以請健保署說明一下？因為計算基礎用 0.58，

這已經是拖好幾年，不得已才公告的數字，當時甚至還要將健保法施行細則第 68 條改掉，但後來沒有改成，那現在健保署有無落實執行？我們同意公務人員依法行政，但是我建議把他放在心裡就好，你要講出來的時候，要不得已才講，因為有無依健保法施行細則第 68 條行政是很清楚，有些依法行政會涉及解釋的問題，會有爭議，但有些是很明確的，例如會議資料第 67 頁項次 6，依健保法規定不給付指示藥的議題，有規定但沒有落實，這當然不是李署長伯璋任內發生的問題，是以前的人沒有依法行政才會留下這些問題，現在就變成歷史共業，要慢慢解決。如果像你說的依法行政為何會產生這些問題？所以有些角度是不是可以再考量一下？

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

- 一、我要針對以實證為基礎去執政的部分，給予健保署肯定，健保署運用實證的大數據，進行以實證為基礎的施政，這部分的努力不僅是在台灣的各個部會走在非常前面，甚至世界各國在健保資料運用上，所有的先進國家幾乎也都不比上台灣，世界各國中，除了丹麥之外，大概沒有人做得比台灣好。這部分我是非常感謝健保署的努力，在兼顧人權的前提下，能讓健保資料被運用，做出最及時、最能反映現況的施政，這部分是值得給予高度肯定。
- 二、接下來我想對健保署有後續期待，除了健保資料的分析外，我期待健保署可以走出去跟其他部會在資料上做更多串接與合作，這部分有助於理解各部會的一些主要核心業務，在醫療的部分給予的後果、代價、回饋。舉例來說，現在長照有獨立財源，但我們始終不知道這些與長照高度相關的疾病，出院到了社區使用長照基金支付的長照服務後，到底節省多少健保支出，可以回饋到健保來，這就需要兩邊資料串接才

有答案。

- 三、另外一個例子是家暴，大家覺得家暴跟健保有何關係？但過去國外研究告訴我們，懷孕期間被家暴的婦女，生下來的小孩出生時體重明顯低於其他未受暴婦女所生的小孩，但國外資料因為資料取得的差異，所以無法追蹤後面健保的使用，所以不知道這些小孩後續健康有無差異，這部分需要串接家暴跟健保資料才有答案。所以，希望未來健保署可以走出去積極做跨部會的資料串連，將有助跳脫健保現有資料內容的格局，從各部會現有資料中，提供全新的視角與訊息，給予未來健保的實施與修正不同的啟發。
- 四、最後，我們在過去的會議中，針對 COVID-19 疫情對於健保的影響有很多討論，就我所知，目前台灣已經有中研院學者，用去年一波疫情的資料，去推估出來去年那波疫情對於健保的衝擊。整體而言，門診部分約降低 18% 的使用率，住院約降低 9%，整體健保的衝擊約減少 40 億元左右的支出。但這是單一研究，用去年那一波疫情的資料來做推估，但能否推估到今年、明年的狀況不一定，各類別之間也有差異，僅提供給各位參考。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

感謝李署長伯璋給我們這麼多的資訊，健保署給我們多一點資訊委員才能更加瞭解，也希望在以下這些議題健保署能夠加強溝通：

- 一、有關虛擬健保卡，對社會大眾來說虛擬是假的、脫離現實的，虛擬健保卡的未來應用，剛才李署長伯璋也有所說明，但我還是希望健保署要多向社會大眾多說明，要不然虛擬是跳脫現實叫做虛擬，大家其實都不太瞭解，希望在這方面能夠多加溝通。
- 二、再來，我看到業務執行季報告中李署長伯璋所報告的施政成

果，很多都和健保醫療資訊雲端查詢做得成功有關，也要恭喜李署長在這方面能面面俱到，各界要什麼都能提供，讓我們在各部會裡面都能揚眉吐氣。請參閱健保署業務執行季報告第3頁第七項，我不曉得在配合口罩實名制時，健保署提供這麼多的人力、物力等資源，最後得到什麼？有民眾反映原先政府未介入時，1個口罩最多只有3元，政府介入後1個至少要5元以上，甚至一段期間還高達1個8元，最後慢慢壓下來，到現在剩下1元、2元都可以買到1個口罩，這是我們的功勞。但我們要曉得健保資訊系統提供口罩實名制使用，提供了這麼多的人力、物力、設備等，有無得到實質利益和回饋？

- 三、剛剛李署長伯璋提到未八補八，我想在座的委員瞭解的也不多，我前幾天才聽到未八補八這個名詞，到底這是什麼意思，請李署長多加說明。剛才劉委員淑瓊也講到對藥師提供藥事照護有很多期待，社區藥局是沒有問題，因為藥師當面就可以跟民眾說明，但醫院中的藥師到底主要任務是什麼，也要向社會來說明，相關的照護成果是什麼，也要請藥師公會能夠多加以說明。
- 四、剛剛李署長伯璋及李委員永振也提到C型肝炎全口服新藥的推動，不論如何，我想建議李署長設定一個截止日，告訴媒體轉知大家有需要治療的人趕快出來治療，不治療的話我們要截止了。現在是我們要去找人來接受治療，當截止日報出來後，左鄰右舍會互相提醒你有C肝就趕快去治療，也就不用那麼辛苦去找病人，不然外界好像會有那種大家都不需要治療了，我們還要四處找病人的不好印象。
- 五、有關呆帳部分，健保呆帳都成正成長，保費收得不好可能跟整個社會景氣有關係，在這方面也是反映一個真實現象，時機不好。不過我早上來開會的路上，看到貨運塞在那裏1小時不能動彈，看似市場上資金很多，大家都買東西進來，但是買東西進來，真正市井小民能賺到的很少。其實還是很多人生

活很刻苦，在健保費收繳方面是不是還有什麼其他辦法，也請健保署多加以宣導。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

對於李署長伯璋的報告我有幾點意見：

- 一、請參閱健保署業務執行報告投影片第 5 張，關於精神醫療照護，健保中長期改革計畫，心口司也有提出計畫，希望獎勵長效型針劑的使用。這部分我個人是支持，但是因為其實長效型針劑的藥費非常貴，目前在健保總額中針對可能增加的藥費並無編列相關預算。所以這部分拜託如果明年度要加強這部分的推動，財源一定要有，不要到時候用現有財源支應，造成健保財務更不平衡，這點我要特別提醒。因為其實慢性精神病人在社區是需要使用長效型針劑，疾病控制會更穩定，但最大的問題是在藥費，並不是如同剛才署長講的，讓基層診所執行業務費用認列為成本費用比率由 80% 提升到 96%，就可以解決，如果健保總額藥費不增加，可能造成財務不平衡，這部分要特別提醒。
- 二、第二部分我要跟署長報告，對於腎臟移植這件事，我是覺得高度肯定，因為台灣洗腎的病人非常多，在世界上不是數一也是數二，所以我覺得腎臟移植確實可以有效的降低洗腎的病人數，但這裡面也牽扯到幾個問題，第 1 個是腎臟的來源夠不夠？我覺得腎臟的來源是影響腎臟移植的關鍵因素，當然就必須靠政府提供相關的配套來解決。
- 三、第 2 個是腎臟移植手術醫師的訓練成熟度，我想李署長伯璋很熟悉，也是這方面的專家，但當然如果腎臟移植的支付點數不足的話，也應該給予適度的調整。
- 四、另外一點也很重要，就是透析病人本身接受腎臟移植的意願與對腎臟移植的理解程度，因為病人可能不太清楚接受腎臟

移植的好處與壞處，我建議未來，比方明年、後年，門診透析有沒有可能，推動所有透析的病人，若透析一定時間以上者，就要進入腎臟移植的諮詢門診，除了醫師，可能還有其他相關專業人員，對透析病人進行完整的諮詢、了解病人意願，有點類似宣導簽署 DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)的概念，只是變成向他宣導、教育接受腎臟移植，這樣是否會提升病人接受腎臟移植的意願？我覺得從這幾方面多管齊下，應該還有機會可以提高腎臟移植的人數。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

我有 5 點要請教健保署：

- 一、請參閱全民康保險業務執行季報告第 1 頁，就是剛劉委員淑瓊所提的「高風險藥品同藥理」重複用藥提示，我覺得非常好，我要請教這和明年要新增藥事服務的配合是什麼？
- 二、視訊診療給付，特別是電話診療是否仍持續進行中？
- 三、健保 IC 卡除支援登記、領取五倍券，有無支援其他券，例如熊好券...等，有沒有使用健保 IC 卡去領取其他券，我知道過去有支援動滋券，這些都是非法定服務範圍，支援五倍券已經有點離譜了。
- 四、請參閱全民健康保險業務執行季報告第 44、45 頁，剛提到接種 COVID-19 疫苗不能併報健保，不知道跟這個有無關係？雖然有說明函送法辦的案件類型，但函送法辦的家次明顯增加非常多，而且在疫情期間，醫院還宣導，請病人減少去看病，我記得核減、門診減量、事前審查等都暫停，但這樣的措施下，函送法辦的量還很多，我很好奇原因是什麼？尤其北區、中區 2 區合計近 40%，都創往年新高。停止特約家次 110 年 1~9 月都高於 109、108 年，終止特約家次也是在增加中，前面扣減、違規記點都是輕度的違規。還有剛提到的「施打 COVID-

19 疫苗併報健保」自清專案，2 個月內來不及自清才會進到這個體系，我就是不知道發生什麼事情？資料提到有醫療院所提起行政救濟後撤銷原處分，我想知道這家撤銷原處分是健保署哪裡做錯了？因為行政權是絕對權，若不小心用錯，影響人民權益很大，人民要負擔政府行政不公的成本，這樣其實不對，若因此對醫院造成損害，它也無法跟你求償，所以我好奇是什麼事情。

五、最後剛才李委員永振提到的報導，我從擔任健保相關會委員以來，從全民健康保險監理委員會時代，我就不支持健保署每年公布極端就醫次數，因為這樣有汙名化特定病人的嫌疑，而且從訪問健保署的新聞中，老是會看到對病人就醫原因的分析太簡單，把複雜的問題，嘗試用簡單方法解決，就說病人愛看病，而且李署長伯璋接受訪問時，只提 1 個 solution(解決辦法)，就是提高部分負擔，這樣高診次的病人就不會去看病了。可是問題不是這樣，在這麼多的看病次數的公佈中，原因沒有那麼單純，也曾有醫院替就醫次數 400、500 次的病人開記者會，說明病人的三叉神經痛，一直治不好，就一定要經常就醫治療，更不用說有些確診前的診斷也好，一些特定病人，例如癌症病人的疼痛、特別異常疼痛的治療、失眠或者就醫過程有沒有醫療品質的問題？為什麼老是看不到好？病人就醫也有成本，不是只有光付健保的醫療費用，還有交通和時間成本，光掛號費和部分負擔 1 次平均 200 元好了，1 年也要至少 10 幾萬元。單純的公布這些次數，而忽略掉背後複雜的社會人類行為和社會因素，而且新聞也報導，在疫情這麼嚴峻的情況下，民眾還都冒著這麼大的焦慮和對安全的疑慮去就醫，我覺得這背後是有很複雜的因素。我是蠻肯定之前健保署對高診次的病人的輔導，但這些被輔導的高診次就醫病人，其實很多也不是很有錢的病人，而是弱勢病人，真的經濟好的病人搞不好不用健保，用 VIP 的型式進行專案治療。我還是要重申，我不知道以後是否繼續擔任委員，但健保署真的不要再公布就醫極端

值，如果真的要公布，就進行委託研究，分析這些就醫超過 90 次以上到幾百次的病人，除公布慮病症、精神病、關節痛以外，究竟醫療體系和病人之間出了什麼 issue(問題)，才讓這些人去看病，否則就像李署長伯璋受訪一樣，病人可能真的需要就醫，但整篇新聞稿都在否定他的醫療需要，導向病人浪費醫療資源，我覺得這樣真的很不好。

周主任委員麗芳

今天發言非常踴躍，以第 1 次發言的委員為優先，若委員要第 2 輪，請提書面意見。請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

一、今天大家對這個報告案熱情的發言，就是因為李伯璋署長做了非常精彩的報告，短短的 35 頁簡報，這是我參與這麼多會議以來，看到李署長伯璋非常完整的報告，謝謝李署長伯璋。從這個報告中，看到健保署這段時間努力進行醫療支付的改善，包含妊娠糖尿病的血糖檢查、精神科長效針劑...等，這些我們都非常支持。讓我非常驚豔的是，健保署從實證醫療角度來反映給付的內容，像是免疫檢查點抑制劑的 check point(檢查點)，這是非常先進、非常難的主題，他們都做了一些研究，還有 C 肝、肝癌的病人是否要做 DAA(Direct-acting Antiviral Agents, C 型肝炎口服新藥)的治療，都有實證醫學的成果出來，讓我們非常肯定健保署的用心。再來是健保資料庫的 AI(Artificial Intelligence, 人工智慧)運用，這也廣泛提供給很多學界、醫界運用，甚至審查醫師的精準審查也用到 AI 數據，也看到李署長伯璋原來已經出了健保改革日記 2.0，連英文版都出來，把這樣的經驗分享給全世界，所以恭喜健保署在健保始實施 25 年來，在今年滿意度達到歷史新高，一舉突破 90%，這是我們對健保的感謝與肯定。

二、以下我有 3 點建議：

(一)我們都很期待打造台灣的健康雲，所以之前從藥品資料上

傳，減少很多重複用藥，接著要推的是檢驗、檢查上傳，明年我們也編列了一些健保預算，打算協助所有院所，特別是在資訊比較弱勢的基層單位能做檢驗、檢查的上傳，相關的補助費用並不算太多，所以我覺得各方面，應該是要努力達成這個目標。剛有委員提到自費也是健康雲中的缺角，但是這或許不在健保的業務範圍內，但怎麼樣把它統合起來，不要說病人以自費方式就醫或到自費診所就診，他吃什麼藥？做什麼檢查？我們就完全不知道，這也會是 1 個缺口，所以打造台灣健康雲是我們努力的目標。

(二)有關「2025 根除 C 肝」，這是個國家型的計畫，有句話說「行百里者半九十」，現在只做了一半，另一半的病人在哪裡？這個計畫的困難度是愈來愈高，所以我建議，若要在 2025 年根治絕大多數的 C 肝病人的話，可能還要從廣篩的角度著手。另外針對特定族群進行深入的檢查，什麼叫特定族群？我有個同學在南部某部立醫院，他是治療 C 肝非常有名的醫師，他說後來發現很多吸毒病人有 C 肝，但是這些病人不會到門診來治療 C 肝，所以他和戒毒單位合作，想辦法說服那些有服用美沙酮的人接受篩檢，發現那個族群的人高達 8 成多的人都有 C 肝。我們在醫院、診所永遠撈不到這些人！所以我覺得可能要深入特定領域，再來我們很肯定的是，開放不同專科別都可以對民眾提供 C 肝治療。

(三)剛提到的施打 COVID-19 疫苗併報健保自清專案，醫全會很瞭解健保署的用意，也對很多會員宣導，但我覺得自清也不要給院所太多壓迫，或者自清過頭，為什麼這麼說？因為很多在醫院的同學、朋友都說，施打 COVID-19 疫苗的這段期間，多少病人在還沒接種疫苗前，就會到醫院門診諮詢，我們也看到有的病人接種疫苗時，帶一大包藥，要我們一一解釋，可能從醫院、其他診所來的藥。諮詢醫師他吃這些藥對疫苗效力會不會有影響？吃這些藥是否會引

起不良反應？要不要停藥？要停多久？有時醫師光解釋就要解釋很久，可能花 20 分鐘對病人解釋，這可否掛健保？如果按照現在自清標準好像不行，所以我覺得還是要給這些院所一點空間，而不是說打 COVID-19 又掛健保，沒有開藥者，或只開普拿疼，全部都不對，我覺得不能這樣一刀切，這是反映一些西醫基層的心聲。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、首先，我對健保署李署長伯璋和整個工作團隊的表現給予肯定，像今天第 1 次看到李署長伯璋很有自信地提出各界肯定的項目，得到很多獎項，也有傑出貢獻團體獎、公務人員傑出貢獻獎，還有其他很多入選、入圍的獎項，我建議你明年申請國家品質獎。如果我們健保署整個作業非常精細，能夠得到國家品質獎更大的肯定，若我當評審委員我會幫你加 3 分，當然希望健保署的業務能得到國家品質獎的肯定。
- 二、雖然我很心疼李署長伯璋當了 5 年半的署長，怎麼當那麼久？當 5 年半應該早就要升官了，別人都升高官了，李署長伯璋還在這裡轉圈，真的很可惜，人才沒有被好好提拔。
- 三、在「區域級(含)以上大醫院門診減量措施」的部分，因為到明年區域醫院和醫學中心每年門診減量 2% 已經推動滿 5 年了，明年是否還要暫停執行門診減量 2%？明年如果還是暫停，實施 5 年的期間已經截止了，但 5 年是 1 個期間，除非發公文延長，要不然就要停止執行門診減量 2% 的政策，我建議說明年不要實施，5 年就中止執行，這是我的建議，因為我後來發現到，當初我們思慮不周，只是考量分級醫療的大政策、大標題，但實務上，很多真的不是那樣子。
- 四、最近我拜訪臺大醫院院長，他說他們今年 5 個月賠 10 億元，還好院長很有辦法，可以募到 10 億元攤平，有辦法讓社會各

界支持臺大醫院 10 億元，所以今年臺大醫院不會有虧損，現在帳面上都攤平了。長庚醫院，每年 6~8 億元的門診費用都沒有申請健保給付，王總裁文淵親自跟我講，他們用基金會去補不能申請的門診費。

- 五、另外，顯影劑有自費和健保支付的品項，自費的顯影劑對健康的影響就很好，所以我當然用自費的顯影劑，但我也看好多個案用顯影劑過量腎衰竭昏迷，3~5 年就死亡，這是很可惜的事情，顯影劑真的影響很大。
- 六、現在大腸癌越來越嚴重，大腸、直腸癌的檢查健保支付的點數太低，才約 2,000 點，上次我也講過，我做了 1 天的檢查就付了約 3 萬 7,000 多元。醫院不喜歡做 2,000 多點的大腸、直腸癌的檢查，病人也不想積極做檢查，所以大腸癌越來越嚴重，如果做大腸、直腸癌檢查，就會降低大腸、直腸癌的發生。
- 七、剛才先進醫師講到毒品，因為毒品的氾濫和電子煙滲透到國小、國中，電子煙也有揀入大麻的成分，這些都會傷害的身體健康，後面變成健保署支出健保費收拾後續的爛攤子。我想李署長伯璋有機會應該跟層峰反映，毒品嚴重氾濫，及電子煙滲入國小、國中都是很嚴重的問題，1 個是會傷害肺部、腎臟，另 1 個是會傷害到腦部，這是很嚴重的事情。
- 八、另外，剛才署長講到出國超過 2 年戶籍被強制遷出因而喪失健保加保資格的問題，這 2 年因為疫情有些人真的無法回來，應該也請陳部長時中用行政命令去解套，明年還有 1 年的關係，這也攸關民眾健保就醫上的方便性。
- 九、在 10 月 12 號，我接到一個小學的鄭校長的電話，他有 10 歲小朋友要肝臟移植，問我要不要捐 5 萬元，我說好。上禮拜我去問，怎麼還沒進行肝臟移植手術？原來說他募集的醫療費還差 4 萬元，這週一我就打電話給他的主治醫師，醫師說，如果病人願意做，我就馬上進行移植手術，我通知鄭校長說後面我負責，除了那 4 萬元，我另外再給他 7 萬元做為肝臟移植後的

醫療補貼費用，我說我全部處理，請他家長趕快決定，所以他們現在約好 10 月 23 日要肝臟移植，我說日期你們自己決定。

十、器官移植我們不是有編列很高的費用，他的自付額為何要到 10、20 萬元，他是祖母的隔代養育的單親孩子，家境困難。我意思是器官移植能改善讓這個孩子未來的生命，走向正常、身體健康，自付額我不知道為何要那麼高？我現在已經答應全部幫他處理了。器官移植，我們每年編約 51 億元的預算，能夠器官移植已經很不容易了，我們應該考量，如何幫助這些有需要的弱勢家庭能夠器官移植。

周主任委員麗芳

等一下請黃委員振國最後 1 位發言，其他委員如要再發言，請提書面意見，因為比預定時間超過很多了，請黃委員金舜。

黃委員金舜

我做以下回應：

- 一、剛李署長伯璋提到，前天有 1 對情侶拿著假處方箋從苗栗、新竹到台北一路騙上來，整個過程在苗栗、新竹有 10 幾家藥局被騙，有藥局有交付安眠藥，台北 10 幾家藥局都要看他身分證，當事人就不敢拿出來，掉頭就走。
- 二、我們有提供完整的錄影帶給警方，昨天警方在竹北分局已經查到，這對情侶拿 1 張偽造的處方箋、機票，因為慢性病連續處方箋(下稱慢箋)正常可以領 1 個月的藥，若有機票就可以 1 次領 3 個月，他也很聰明，他怕藥局沒有備這麼多的管制藥品，他會先打電話詢問藥局備有有多少量？若回復他，有足夠的量，他就會過來領藥，沒有足夠的量，他就沒來。他提供藥局偽造的遺失健保卡報案資料，所以藥局端無法上網查詢，他透過這個方式鑽漏洞。
- 三、我也一直很納悶，全世界 193 個國家中，台灣使用安眠藥是前 10 名也是世界之光，台灣人壓力有那麼大嗎？還是濫開濫用安眠藥？藥局端也時常問病人怎麼每個月拿這麼多安眠藥？病

人說，我跟醫師講，醫師說我睡不著就開安眠藥給我。但失眠的原因很多，剛顏委員鴻順有提到，在西醫基層也碰到很多民眾拿一大堆藥袋詢問，例如，我服用健康食品、高血壓、心臟病的藥可否可接種疫苗？同樣地，藥局也是碰到一籬筐像這樣的問題，每天處理民眾的問題和用藥諮詢超過 2 小時，藥局端、藥師像台灣阿信一樣，健保也不可能支付任何費用，我們還是默默在做。

- 四、我要講的是，藥局了解病人睡不著的原因有很多，例如因房租壓力，當然就睡不著，醫師端就便宜行事，反正你睡不著，我讓你即時有用，就開安眠藥給你，這是安眠藥的部分。
- 五、剛委員提到有交互作用主動提示功能，在 108 年 11 月 25 日，健保署就提供給醫師開立處方時，健保醫療資訊雲端查詢系統會有交互作用主動提示的功能，但藥局端並沒有這個功能，且至今也看不到。我要回應的是，目前我們藥師從雲端藥歷系統，才可以看到病人服用的藥品，再用人腦判斷藥品的交互作用。
- 六、藥師尊重醫師開立處方的專業，但藥師的職責是要對民眾使用藥物進行雙重把關，藥師提供藥事照護。在 110 年 9 月 23 日進行總額協商時，藥師公會也千辛萬苦地爭取藥師照護，但整個過程，我相信委員很清楚，我們是困難重重，非常辛苦，剛剛我也跟其他委員抱怨，在整個藥事照護過程中，我們為進行這項藥事服務，要有一些前置的電腦資訊作業，結果改了又改，讓藥事公會光資訊系統的費用就多花 100、200 萬元，我們還是自行吸收，希望健保署可以體諒我們，我想每個委員應該都有個共識，認為藥事照護服務是重要的，可以讓藥師替民眾重複用藥的問題進行把關，所以在這邊懇切地希望委員、健保署可以讓藥師發揮更大的空間。

周主任委員麗芳

非常感謝藥全會的貢獻，默默地耕耘，也很感謝您們這麼有效率地

防堵犯罪行為。請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、首先，肯定李署長伯璋、健保署同仁的用心和努力，這可以從衛生福利部的施政滿意度看得出來，滿意度只有增加，沒有減少，可說健保署是衛生福利部的模範生，恭喜他們。
- 二、剛才李署長伯璋有提到洗腎的問題，因為李署長伯璋本身是外科醫師，也是洗腎的專家，台灣是有名的洗腎王國，所以這事情確實是值得大家重視。可是要知道，洗腎和腎臟移植是互有消長關係，當洗腎很容易時，腎臟移植的意願就不高，在台灣洗腎非常簡單方便、健保無限給付，目前健保給付就可以，為什麼我要腎臟移植？若這兩者要取得平衡的話，我建議在洗腎方面要有所限制才可以，不知道有沒有記錯？好像是英國，不給付 70 歲以上病人的洗腎費用。當然可以再思考，台灣要不要訂相關的措施。另外可思考是否規範，例如健保給付前 10 年的洗腎費用，超過 10 年的洗腎費用，健保部分給付，就是要給民眾一點壓力，他才會改善。
- 三、另外，對於腎病前病變者，要怎麼防止、避免他腎病變？如何避免變成需洗腎？這樣就可減少腎臟病人數。例如有些人在服用減肥藥造成腎臟損傷，因而需要洗腎，像是這種不正常途徑導致需要洗腎者，是否要考慮給付要有所改變或有所限制，應該要研擬相關的措施，限制洗腎的空間，自然病人就會尋求進行腎臟移植。剛才委員也提到換腎的好處很多，效果好、費用減少，生活品質好很多，值得大家推廣，所以要限制洗腎空間，腎臟移植的人數就會增加，當然還要政策鼓勵腎臟移植，雖然我們一直在宣導，但不是宣導，病人就會來聽你說話，有政策鼓勵，移植的人數才會高一點。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊。

劉委員淑瓊

- 一、請健保署不要為了調整部分負擔，就釋放高診次就醫病人與不當浪費醫療資源有關聯性的偏差訊息，這樣是誤導社會大眾。事實上，高診次就醫的需求未必可透過部分負擔來解決，也並非造成不當醫療濫用的癥結。呼應剛剛滕委員西華的發言，在2018年我和黃醫師志中曾合作1個親密關係暴力被害人醫療利用與費用分析的研究，登在《臺灣公共衛生雜誌》。該研究除了跑健保資料庫外，也訪問40位親密關係暴力被害人，發現精神科就診次數非常高，就像剛才黃委員金舜所述，我稱之為「低效醫療」，就是說他不斷地就醫、到精神科就診，主訴就是睡不著，醫師開藥給他，他為何還要去？因為症狀沒有處理好！這是否是醫師的問題？不是！也就是說他其實有很多心理社會因素，需要社工師或心理師的協助，但這些健保都不給付。沒看好，病人就不斷去看病，診次當然高，現在為了調整部分負擔放出這個風向球，污名化這類族群，我覺得非常不公平。
- 二、第2件重要的事是，在上週六「迎向後疫情時代之健保挑戰：2030 跨世代改革對話」的研討會中，謝教授啟瑞提到，建議政府應成立1個智庫，事實上，在張教授鴻仁擔任健保局(健保署前身)總經理時，健保局設有IU(Intelligence Unit)，可以利用健保資料庫針對一些特定疾病或族群的醫療利用做分析，讓我們看到問題與需求在哪裡。所以簡單的講，就是在我們的智庫沒有成立之前，我希望健保署能夠有這樣的功能，站在資料的基礎上講話，不要有特定的目的，也不要污名化特定的這一群人，這才是科學精神。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、首先延續剛剛的議題，我非常肯定健保署李署長伯璋，今天這些資料，也許是我從事健保業務十幾年來，看到比較完整的報

告，尤其是洗腎的資料，大家都知道健保資源屬於全民，包括所有看病者，以及只繳保費的健康年輕人，他們一年可能看不到一次健保，健保的任何機制，都是為了健保永續經營的目的，我相當肯定署長推廣各項措施，我們大家都知道洗腎總額每年逐漸成長，尤其我們人口老化，我相信腎臟衰竭是每個人都可能會面臨，如果未來只有洗腎一途，相信再多預算也無法支應這麼微薄且大家都能夠接受的社會保險。

二、第二個，關於自清專案，跟大家分享 COVID-19 疫苗施打，是為了我們社會免疫力的提升，我從雲端藥歷也發現，很多已知或未知的朋友，在施打疫苗前的健康狀況，舉一個明顯案例，曾經有一個來施打疫苗的個案，血紅素只有 2.4，但他沒有自覺，我們當天無法讓他就醫，只好請他第二天再來，還有很多是我診所長期的慢性病患者，他們來施打疫苗時，問說可不可以順便拿慢性病藥物，我都給他們拒絕，因為政府有相關的規定，當這個議題到比較後段時，部長有開示，只要你符合實際看病，真的有需求，就可以同時掛健保以便醫療服務，另外一個冠心病的案例，他今天來打疫苗，他說最近要遠行，缺一瓶 NTG(Nitroglycerin，硝酸甘油)舌下錠，你今天可不可以開給我？我說對不起，今天在我這個診所不能掛號，請你到隔壁去掛號，制度的問題也造成很多醫療上的不方便，其實醫療需求不是只有醫生能夠創造，病人實際上的需求才是主要的。

三、還有跟大家分享，上週「迎向後疫情時代之健保挑戰：2030 跨世代改革對話」研討會，關於部分負擔與醫療費用控制的 issue(議題)，我是與談人之一，為何需要部分負擔，我在那天講了，「負擔」這兩字太沉重，讓大家以為是負面的，大家有沒有想過在看病之後，減免他的部分負擔，現在健保有 11 類身分的人可以減免保費，還有在就醫可免部分負擔，例如慢性病連續處方箋，復健治療的第 2 次、第 3 次醫療服務都是免部分負擔，老實講，免了部分負擔，由誰來負擔？是由全部納保人來共同分擔。至於我們剛才討論高診次的問題，我們也知道

健保署不只公布高診次的就醫情況，也常公布醫事服務機構的違規情形，我覺得健保署真的很用心，但我很認同絕對不要公布個資，個資是對於個人的保障。

- 四、有些人的高就診原因，往往不是只有醫療問題，甚至涉及到社會問題或家人問題，與會者很多都是社會賢達，我們是否建議請健保署針對高診次個案，可以跟社政單位合作，請社工協助，甚至請病友團體協助，在座委員也知道，很多病友的抗病過程真的很辛苦，但解決方式不一定需要就醫，也許親友的慰問，甚至類似生命線、關懷電話就可以解決他們的問題。
- 五、還有就是同理心，我最近如何解決暈針病人？如果一個人跟我說他打針很暈、會怕，我就叫他等，等到所有人都打完，問他可否可以打了，他說可以，打完就離開了。
- 六、部分負擔是醫病共享的過程，社會大多數民眾於之前，可能因為個人知識或專業不足，任由醫師提供醫療服務，但現今，我們面臨很多年輕世代的聰明就醫者，就醫前就把所有資訊查得清清楚楚，甚至要求說，某某醫師能否提供什麼 A、B、C、D 服務，甚至連價格都問得很清楚，所以我覺得這是一個好的過程，我認為一個溝通過程，是增進醫病雙方良好互動，我覺得在有限預算時，我們沒辦法適度開源，節流也許是不錯的選擇，報告到此。

周主任委員麗芳

等一下吳委員鴻來確定是口頭發言最後 1 位委員。請干委員文男。

干委員文男

- 一、我剛才遵守按鈴規則，就沒有講下去了，感謝李署長伯璋對換腎的政策，要我表達，我沒辦法寫很多，但我在這裡表達，現在開放到五等親，希望能夠開放到五等親以外，讓活體的換腎案子能夠多一點，因為看那個表(臺灣腎臟移植趨勢)，真正能夠換的，278 個只有 103 個是活體，剩下都是大愛移植的，希望署長在這方面能夠加強，讓換腎者能夠更多，對全民也會很

好。

二、剛才陳委員石池講了很多，我參加了這個透析共擬會議，透析差不多佔健保的 1 成費用左右，希望多開放一點。

三、還有一點建議，剛才署長講行政院調查我們，我們得到很高的評價與榮譽，我向所有的健保署同仁恭喜，但我希望能做到一點，健保署能詢問民眾對健保有什麼需求？這個才是真正民眾需要健保的理念，這個才是讓我們政策能夠真正落實的方向讓健保永續經營。

吳委員鴻來

一、我簡短發言，第一個就是呼應感謝剛剛滕委員西華、劉委員淑瓊、黃委員振國關心高診次報導的問題，我真的覺得除了特別報導高診次容易引起汙名化，其實我們平時每年定期公布那些疾病的健保費用最高，因為這些長年以來報導，事實上也有些對於病友汙名化的狀況，我相信沒有人很喜歡一直生病看醫生，這樣一直報導，社會大眾就會覺得你們是浪費健保資源的元凶，是不是因為你們這些人才要漲保費，我知道做這些統計，公開相關資訊也是很重要的健保署工作，只是說在報導這些方面，要小心處理。

二、第二個，呼應今天很多委員都提到器官捐贈與移植，尤其腎臟移植的議題，我相信李署長伯璋一定最了解這個，第一個為署長自己就是醫師，做手術的，之前也在器捐移植登錄中心擔任董事長，包括不只是我們委員，甚至在總額協商，大家都很關心這個議題，我只是想提一點，這個茲事體大，不管是健保署、衛福部、政府跨部會，甚至需要宗教界、保險業者等，可能都是需要大家一起討論，像 2019 年美國川普總統簽了一個關於腎臟捐贈的行政命令，我相信很多人都知道美國器官捐贈風氣比台灣好很多，但是他們還是精益求精覺得不夠好，我舉例，他們要保障活體捐贈者能夠安心捐贈，我也是看到去年的新聞，顏清標的兒子要捐肝給他，那時有些討論，到底捐了以

後醫療保險會不會理賠他？如果今天進行捐贈手術要請假及休息，是否工作會有損失？重點就是，我覺得這是需要大家重視的問題，但也希望各界甚至全國一起想辦法解決，這樣未來才可能比較會有進展，不過坦白說大家看到的數字，我知道健保署與腎臟科醫師都很努力，包括移植的外科醫師也很努力，但是我覺得最大的是來源問題，需要傾全國之力大家一起來努力解決，謝謝。

周主任委員麗芳

接下來我們趕快請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

- 一、我先簡單報告一下，劉委員淑瓊提到重複用藥的問題，這個效果一定會有，我剛才說某一間大學附設醫院，本來一季被扣500萬，後來他發現我們公式算法跟他的有點落差，還來跟我們討論。同藥理，你們也知道很多不同藥品，前面三碼或五碼，越放鬆時，可能有時候會更精準，假如這樣管理，有一些醫生會埋怨很多，目前是比較精準。
- 二、看診時螢幕視窗太多，我當醫師時也是這樣認為，不想看就關掉，這一點我們都有在留意，不希望太多視窗。另外，三同藥品，不一樣的藥品，這個沒錯，本來在醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所，有時候病人覺得在醫學中心的藥品比較好，以食藥署而言，應該藥品品質都一樣，但在健保署，假如醫師覺得病人吃這個藥品，藥效不佳，可以跟我們反映，我們會去留意，很多人覺得某某藥廠，人家吃脈優(Norvasc，治療高血壓)，認為Pfizer(輝瑞)的藥效很好，換台灣廠不好，你告訴我們，我們就會去查，本來其實是食藥署負責這個藥品，後來健保署有這個網路讓人家登錄。
- 三、在A醫院開藥，又在B醫院開藥，假如不知道重複，則問題一堆，這部分我們宣導很多，而且大家做得不錯。不管檢驗、檢查、藥品的使用，他沒有上傳是他的權利，但是我們一直宣

導希望檢驗所能上傳資料，民眾自己也可以上傳資料，就是說醫療體系能協助民眾上傳會比較好，畢竟現在健保署的資料大部分屬於病人的資料，但是我們知道很多人會健康檢查，那些資料是另外一個值得我們預測的病人將來情況，就是精準健康的概念，這部分還有很多努力的空間。

四、李委員提到高診次的問題，你們也都了解，健保署的態度不會主動發表，真的要管理的才會主動告知，他們還是希望有一些資訊，對於高診次大家有不同的論述，我坦白講，其實病人看病有幾個原因，我想不同人會有不同論述。我也可以告訴各位，我的一生懸命，臺灣健保改革與部分負擔一定要推行，很多社會學者告訴我沒有用，但我覺得現場旁邊的醫生一定覺得有用，只是需要怎麼保護弱勢民眾，我們會放在心中，只是弱勢民眾被汙名化，那是沒有辦法解決問題，我是一定務實面對問題。

五、C 肝的部分，我想大家也知道，過去政策 C 肝都是快篩，我想說那麼多人，很難抓，就現有的 C 肝病人，一定要讓病人看病很方便，我們會很努力去做這部分。李委員永振提到健保法施行細則第 68 條有關平均眷口數，商司長東福一定也有他的數據，我們會注意到這樣的狀況。趙委員曉芳提到跟其他部會的合作，健保資料是屬於全民的，政府是一體的，不管是 TOCC(Travel history 旅遊史、Occupation 職業別、Contact history 接觸史、Cluster 是否群聚)評估，賣口罩或其他，都有跨部會合作的狀況。

六、有關長照社區的狀況的確很重要，本來聽說之前我還沒來的時候，長照原規劃由健保署負責，後來切割為長照司在做長照財務的問題，我想這也是重要課題。至於家暴、健康資料也都是很重要，我也歡迎大家假如覺得有些研究想要做，跟健保署要資料，我想都可以。你們提到一些健康資料，像是健保，目前科技部因為發展國內生技產業，希望與台灣健保怎麼合作，這部分我們都努力在做，台大醫院將於 12 月要跟我們簽訂

MOU(Memorandum of understanding，備忘錄)，也就是利用 AI(Artificial Intelligence，人工智慧)模式，以電腦斷層檢查心臟鈣化，呈現鈣化未來產生心臟病的情況，做了以後，這些資料放在健保署網頁，讓其他醫生都可以利用 AI 模式去協助他們診斷。

- 七、有關門診量部分，在健保資料減少很多，的確沒錯，健保件數減少，可是單筆費用變高，有一些檢驗、檢查都加在一起，干委員文男提到的資訊溝通，沒錯，我們一定盡量讓民眾有正確知識，很多媒體一報導，健保署同仁會快速針對內部資料請媒體做回應，因為我們不希望被誤導，能做到就盡量做到，最近最流行就是 SMA(Spinal Muscular Atrophy，脊髓性肌肉萎縮症)，一個人的醫療費用是 800 到 1,000 多萬，他們會說總統救救我們，我們也知道要救他們，可是在我們很多的費用中，我們的總額要處理其他預算中的罕病費用也是有一個限度，假如加進去，需要很多錢，錢從哪裡來？要放寬適應症，絕對不是我們一個人隨便說就是，需要有些專家做處理。
- 八、另外虛擬健保部分是未來的趨勢，不過我們有在考慮數位健保卡的概念，推行雲端藥歷一直很成功，運用健保卡辦理口罩實名制的部分，憑良心說政府一體，各部門都在弄，疫情期間我們同仁在做事，去年過年時我正在國外度假，蔡副署長淑鈴在值，當時發生事情，我 5 天的行程於第 3 天就回來，跟同仁說在國家需要我們時，有機會幫國家做點事情是很值得，所以 TOCC 我們 3 天就很快搞定，口罩實名制也是一樣，你說有沒有拿錢，我告訴你事實上沒有拿錢，不過我想部長也看在眼里，他覺得不太夠的部分，就給我們相當的補助。
- 九、未八補八的部分，我剛才已經講過。社區藥師的部分，非常謝謝黃理事長金舜的幫忙，我們始終認為他們是國家醫療體系中重要的一環，於口罩實名制時在賣口罩，很多民眾到社區藥局買口罩，看到藥師的服務態度好，未來使用慢性病連續處方箋，不一定要回到醫院拿藥，也可以到社區藥局拿藥。至於在

醫院部分，我想臨床藥師很重要，過去很多醫師自己講了就算數，現在用藥，臨床藥師的角色扮演很好。

十、干委員文男提到 C 肝，要給他們一個大限，限某年某月某日前來拿藥，否則餘額就不給，這用嘴巴講比較快，牽涉病人就醫人權，還是需要面對。呆帳部分，有些民眾的確經濟困難，不容易繳健保費，但也不是說他不用交，健保署不同分區的愛心專戶，都會盡量協助經濟弱勢民眾。朱委員益宏提到精神醫療，部長昨天指示希望長效針劑有專款處理，假如有一些東西可以不要讓我們醫療體系負擔，部長也都很重視健保會委員的意見。也謝謝各位委員對於腎臟移植的重視，我在擔任醫生 40 年以來，一直覺得洗腎病人很可憐，大家都知道腎臟要從哪邊來，可是沒有開始就沒有改變的機會，這些需要大家一起努力。

十一、滕委員西華提到高風險藥品的問題，我們都會去注意，至於你提到移送法辦，我跟你說實在的，健保署裡面很多時候就是有違規案件，從哪邊來，都是民眾從健康存摺裡面檢舉的，他不是只跟健保署檢舉，還跟衛福部、監察院檢舉，所以同仁不能隨便壓公文，否則出事就不一樣了，我想你們都能瞭解這樣概念。至於提到被撤銷處分，我還是要告訴你，我跟同仁說要做行政處分時，一定要有足夠證據，若是 bias(偏差者)，你就不需要費工，因為今天大家都知道對就是對，不對就是不對，你搞半天，他們來跟我們申復，我們 100% 都說我們沒問題，行政處分是對的，我就跟爭審會說複審就不要了，假設我們行政處分不對，爭審會就直接撤銷。很多思考都是人的因素，我們健保署同仁的思考邏輯，到我們爭審會也未必這麼公正，所以我看了很心痛，我跟同仁說你們一定要依法行政，但不要給人家誣賴，這個沒有必要，很多上次被撤銷處分的東西，後面都還有故事。

十二、顏委員鴻順說肯定我的話，沒關係，聽聽就好(與會者笑)。至於打造健康雲，檢驗項目上傳也都有提到，C 肝部分西醫基

層要多加油，今天已經把治療 C 肝病人開放到西醫基層，假設能力不夠就要強化，沒有那麼困難，肝臟科醫師希望一定要給他們看，這樣就綁住了，你們自己好好去弄。你們放心，注射 COVID-19 疫苗自清原本就不是要大家怎樣，只是大家都有這樣的概念就好。何委員語提到國家品質獎，我們會努力，不過，得獎的都是外面的，內部做好有成就感，才是最重要的。

十三、另外就是門診減量每年 2%，當時我們在做 5 年減量 10%，點數多點值就下降，但我們說追求點值，都不是真的情況，分級醫療的部分，我想在很多部分都還是需要去做的。顯影劑的確沒錯，一般的顯影劑就是有時候對腎臟比較有傷害，有一些自費的顯影劑可能比較好，目前若是健保署可以支付，價格就會拉低，我們可以付當然都可以做。大腸癌的健檢費用的確不多，2,000 多元，所以這部分我們也可以考慮，假如做這東西你覺得比較好，支付點數應該放在刀口上。電子煙的確也是讓國健署很傷腦筋，因為有時候不是這麼容易處理。

十四、剛剛提到一些費用的問題，就是很多引用部分，像是剛才說兩年的情況要不要放寬，這個東西他們都有在討論，一定會考慮到國人最佳的狀況，不過我的瞭解是這樣，他們發現假如回來選總統，就不受戶籍移出的問題，不過地方公職人員選舉就有這樣的影響，至於換肝費用理論上大部分健保有給付，但當然有些費用如病房費等似乎有差額負擔，可能會有那些費用的存在，不過我想大概不會如你剛提到那樣。其他預算裡面的專款有醫師的費用，都是一些抗排斥藥物的使用，之前沒有這個專款時，其實很多到月底大家覺得對總額有影響，很多病人就開始流浪，可是假如移植的病患沒有吃抗排斥藥物而產生排斥，前面就算做白工了，所以目前這部分有這樣的情況。

十五、黃委員金舜所說，謝謝你們提出對於處方箋的問題，但我剛才確認一下，我們原本對藥物交互作用，108 年就有在做，醫院的 HIS 系統(Health Information System，醫療資訊系統)系統就有，VPN(健保資訊網服務系統)就有這個功用，麻煩要跟藥

局講一下，請戴組長雪詠說明。

黃委員金舜

我們的藥局沒有啊！看不到啊！

李署長伯璋

- 一、陳委員石池，謝謝你一向對我們支持，未來有些東西還是需要你多幫忙。我從來不會想要對任何病人有汙名化，我當醫生那麼久，很多東西就像你剛才說的，有些病人並不是純粹疾病，而需心理治療，對於心理諮商師是否要運用，我知道會增加費用，但我沒有完全排斥，其實我就讀大學時就在擔任義務張老師，我覺得 support(支持)是很重要，你也可以擔任我們的智庫，真的有意義的工作就跟我們講，我們去處理。
- 二、關於黃委員振國提到的個資及同理心，我們一定會很注意個資，我也會有同理心，記得有次與醫界朋友及陳部長開會時，部長提過「我看健保署李署長最挺醫界的」，你們有聽到嗎？因為你們快樂，病人才會快樂，所以我一定會努力。
- 三、干委員文男提到器捐從五等親等開放到沒有親等關係，我以前有想過，這不可能，若開放朋友可以捐贈器官，那以後有錢人的朋友會很多，窮人還是沒有朋友可以捐贈，這會變成倫理的問題，要很小心，不過委員的建議很好。民眾對健保的滿意度很好，昨天同仁向我報告民意調查結果，健保滿意度是90.22%。
- 四、向吳委員鴻來說明，我絕對不會汙名化病人，不管得到任何疾病都是我們的病人，很多問題都是記者發言，強迫我們一定要回答，我若不講，他們有可能會亂講，他們都會提出一些要求，我總是要配合提供數據。以上報告。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝李署長的說明，讓大家見證李署長超人的功力，把所有委員複雜的題目逐一詳細的回復，相信大家也都非常感謝署長。本案洽悉，委員所提意見送請健保署參考。

二、接下來先休息 10 分鐘，休息後進行討論事項第二案。

劉委員國隆書面意見

- 一、為因應健保財務缺口，台灣醫院協會、私立醫院協會、醫學中心協會、區域醫院協會、社區醫院協會等醫院團體籌組「健保財務缺口因應工作小組」，要求醫師婉拒「逛醫院、重複拿藥或做檢查」就醫行為，根據健保署統計，醫療人員專業照顧診療費在總額占比中逐年下降，但藥費及檢驗檢查占比卻逐年上升，當中約一成是重複申報。健保財源為何連年虧損，主要在於人口老化與青年低薪的結構問題、醫療資源濫用、新科技支出增加但舊科技沒退場、現行健保費收費機制問題等。健保署如何看待五大醫院團體團結自救行動？如何解決健保財務缺口？
- 二、國內精神治療「重開藥、輕心理治療」，反映健保對心理治療給付低廉，對醫療院所缺乏服務誘因，導致人力不足，供不應求，健保署如何思考檢討制度以協助需要的人。
- 三、為保障弱勢就醫權，建議中央社政主管機關確實編列預算補助低收入戶成員就醫之部分負擔費用。若能宣導將減免弱勢就醫部分負擔之相關法令規定，使醫事或社福人員瞭解，才可深化其對弱勢之服務時之提醒或協助其申請，或若能利用人工智慧協助醫療弱勢者保障其就醫優待權益，自亦為有效保障弱勢就醫權的可行作法之一。

林委員恩豪會後書面意見

有關投影片第 22 張「停復保現況爭議及因應策略」部分，意見如下：

- 一、多年來社會各界對於健保停復保制度屢有質疑，立法院、監察院及審計部亦多有關切，要求須檢討相關規定，勞工團體基於全體保險對象權利義務之公平性，亦認為應回歸健保強制納保

之原則，廢除現行停保制度。

二、另查衛生福利部業於本(110)年 3 月 11 日衛部字第 1101260068 號函擬具刪除停復保之全民健康保險法施行細則正草案，徵詢本會及政府相關部會之意見。

三、本案迄今並未見衛生福利部召開研商會議說明有無團體組織反對修法立場與所持理由，該部亦遲未依修法作業進行後續草案預告程序，本於維護全民健康保險制度運作之公平合理，建請盡速辦理本案相關之修法程序。

肆、討論事項第二案「全民健康保險 111 年度保險費率方案(草案)審議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署說明。

張專門委員菊枝報告：略。

周主任委員麗芳

謝謝張專門委員的報告，請問蔡副署長有無補充說明？若沒有，接下來就請委員表示意見。請李委員永振。

李委員永振

我在上個月的會前會曾有許多想法，不過我還是有 4 點疑惑，其中 3 點要請健保署釋疑，另外 1 點意見提供全部委員參考。

- 一、關於平均眷口數 0.58 人，我剛才請教過李署長，我現在可能聽力比較不好，剛剛沒有聽清楚健保署到底有無依法公告平均眷口數，請問 109 年的平均眷口數是多少？
- 二、會議資料第 37 頁，投影片第 4 張第 5 點，在上次的會議中我已經講得很清楚，上一次的協議是 104 年 5 月的事，請問之後有再協議嗎？後來的問題都是 105 年以後發生的事情，一直用舊的協議結果，我不好意思講呼嚨，一直用過時的決議結果計算財務數據給我們參考，我們就不曉得該怎麼參考。
- 三、請各位翻到會議資料第 43 頁投影片第 16 張，我在會前會曾提過政府應負擔保險總經費，等於保險給付支出加上應提列或增列之安全準備，再扣掉法定收入以後的 36%，這在剛剛的本會重要業務報告案有說明表格(詳會議資料第 23 頁)。上次我也提過，大家都依法行政，但魔鬼藏在細節裡，我要請教一個細節，請各位翻閱會議資料的 106、107 頁「108 年至 111 年健保財務收支情形表」付費者代表版本、醫界代表版本，兩者的總額成長率不一樣，醫界代表版本比付費者版本多 128 億元，請各位看到「一、保險費相關收入(一)保險費收入 3.政府負擔不

足法定 36%之差額」，兩版本的金額都是 728 億元，魔鬼就在這裡，公式不是保險給付加應提列安全準備及扣掉法定收入以後的 36%，照剛才前面的說明，安全準備的提列應該是不會動的，因為沒有結餘，在這邊為什麼保險給付多 128 億元，政府應該負擔的不足額卻一樣，也就是政府應該負擔 36%一樣！請問這是什麼情況？我已經找到原因了，因為應提列安全準備是帶負的，保險給付多 128 億元，短絀就多 128 億元，一加、一減扣掉就一樣。問題回到健保法第 76 條，引用社保司的話，就是混淆視聽，把第 1、2 項混在一起講，就是帶負的安全準備，到今年底預估，這差異會差 949 億元，若拿出來的話，明年就不必調整費率，這是第 3 個疑惑。

四、第 4 個疑惑，我這禮拜想很久，我們的態度到底是怎樣，我們 4 年不予備查健保決算及預算，基礎就是剛才提到的，因為數字的眼光不一樣，所以不予備查，結果今天提出的會議資料的基礎完全一樣，請問我們要不要討論？如果要討論，那我們之前不予備查健保決算及預算，前後的態度及立場不是矛盾嗎？以上意見供大家參考，我很迷惑。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

針對剛剛的試算請教健保署，上次會前會健保署建議費率不調整，假設費率不調整，請問預計明年度大概哪個月份開始安全準備會低於 1 個月，假設待會討論後決議不調整費率，屆時安全準備低於 1 個月時就會牽涉到啟動健保法第 26 條檢討相關給付範圍。因為費率是以安全準備 1~3 個月為原則，檢討給付範圍是安全準備只要低於 1 個月就要啟動減少、調整給付範圍，所以我想健保署財務預估時，假設費率不調整，依照醫界、付費者版本預估明年哪個月份開始安全準備金就會低於 1 個月。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、請教健保署的結論是調或不調整費率？我贊成不調整，因為部長之前在某個場合說過。總額協商醫界版本向來都是高推估，一向都是創造價位，前幾位部長很少像阿中部長對醫界那麼好，之前的部長都會參考付費者版本，現在都依照醫界版本來提高各種的給付。
- 二、按照剛才李委員永振的說明，何委員語以前也講了很多，如果可以的話，我希望不調整費率，因為公教人員調薪，基本工資也有調高，還有很多項的收入也提高，尤其今年的補充保險費創新高，請問可以多收多少保費。健保署的估計一向很保守，沒有把實際面納入，因為有不確定性，我們也不能責怪，只能說薪資部分已經可以確定，希望在這方面要多加以考慮，能夠兌現阿中部長的承諾，明年再考慮要不要調整費率，每次調費率的手續很麻煩，年年都調手續上也很麻煩，尤其大家對阿中部長的期待，不要落空。按照付費者的版本，111 年不調整費率的安全準備是 0.91 個月，只差 0.09 個月，這只是帳面數據，實際執行也會晚 2、3 個月，而且這 2 年來都有剩餘款，結算都是晚 2 年，希望維持現在的 5.17%。

周主任委員麗芳

干委員文男率先提出具體的建議，費率維持 5.17% 不調整。請楊委員芸蘋、盧委員瑞芬、何委員語。

楊委員芸蘋

剛剛我看到新聞提到陳部長在今天的記者會，有記者問他，因為總額支出過高，明年是否調漲費率，他還是很確切的說不調漲，既然講了，應該就不用再討論太多，但是還是可以了解細節問題，比方附加的價值，像是怎麼提升其他收入或是還有哪些措施，都可以再討論。至於調漲費率，就不要違背部長的旨意，今天大家討論的重點就不用特別討論健保費調漲的議題。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

請教健保署，明年的收入面有 2 個一定會增加保費收入的因素，應該就是基本工資調整到 25,250 元，另外就是軍公教調薪 4%。請問會議資料第 105 頁附件四「基本工資調整之月付健保一般保險費影響彙整表」，為何公民營機構受僱員工的投保金額會有 26,400 元降為 25,250 元的情形，同時第 2 類被保險人也有投保金額由 26,400 元降為 25,250 元的情況，請問是什麼原因？

(會後書面補充：以健保署的回應，是否表示明年基本工資調整及軍公教調薪 4%，但是會有部分保險對象保費反而調降？如投保金額由 26,400 元降為 25,250 元，保費反會調降？如是，此一情形並不合理，請進一步說明。)

周主任委員麗芳

請許委員駢洪。

許委員駢洪

陳部長在今年 9 月 25 日的疫情記者會上已經說過明年不調漲健保費率，各大總工會都有回到會內跟基層工會的勞工朋友報告明年不調漲健保費率，現在又要重新討論，若真的調漲，那我們該怎麼回去向勞工朋友交代，這是一個非常重大的誠信問題，請大家考慮看看。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

請教健保署及社保司商司長，現在的平均眷口數為 0.58 人，會議資料第 40 頁投影片第 10 張，109 年本國籍的保險對象是 2,309 萬人，平均眷口數為 0.58 人，110 年本國籍的保險對象降到 2,306 萬人，減少 3 萬人，從 110 年開始，除整個出生率下降外，死亡率也是同樣的下降，到 111 年底本國籍的保險對象只剩下 2,303 萬人，預估

今年減少 0.16%，明年減少 0.12%，人口數下降。請教健保署及社保司今年底會不會公告調整平均眷口數？平均眷口數會調到多少？依法規定，保險人每年年底前或明年 1 月依法要公告平均眷口數，請問平均眷口數是不是會調降到 0.57 人或 0.56 人，目前已經是 110 年年底，到目前為止還沒有看到平均眷口數的調整，請問到底是 0.58 人？0.57 人？或是 0.56 人？請給我們一個數字。

周主任委員麗芳

請李委員麗珍。

李委員麗珍

- 一、雖然今年軍公教調薪 4%、勞工提高基本薪資到 25,250 元，那各位有無考慮到老闆給不給？銀行一直說要調薪 4%，我們還在努力中。現在是雇主減少，而不是勞工減少，很多勞工失業中，我覺得明年調高健保費費率是不可能的事情。
- 二、今天早上何委員語也說過，醫院的紓困案不應由健保費支付，應該是政府支付。健保法第 2 條第 4 項規定，保險給付支出是指醫療給付費用總額扣除保險對象就醫時依本法應自行負擔費用後之餘額，不包括其他的給付。關於的政府稅收，我們知道在證券上的稅收很多，足以支付政府應負擔最低的 36% 不足數。有些應由政府支付的醫療費用支出，應該要叫政府支出，而非拿健保費來付，我們付醫藥費、診療費都不夠，怎麼可能做其他付出。
- 三、我上週六參加一場在陽明交通大學舉辦的研討會，會中討論到開源節流，與會者有也提到按照稅法的收入來增加健保費，我覺得高收入者增加 500 元的健保費不會是負擔，但對基層勞工而言，500 元很好用，所以會議結束後，我在廁所被 2 個小女生堵住，他們感謝我為基層勞工發聲，雖然健保支出一直在增加，但我希望能考慮到基層薪水少的員工，所以我今天不贊成調高健保費率。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

- 一、剛剛好幾位委員都提到陳部長的發言，我想部長不應該做出這樣的發言，已經嚴重侵害健保會的職權，若我們今天做成和部長不同意見的決議，該如何處理？我個人對部長的發言覺得不以為然，政治人物在此部分應該要妥善發言、認清職權。
- 二、本案應該要回到理性討論，不管是開源或節流，健保署應該好好針對有可能調整的部分做處理，大家也才可以針對健保制度做討論。

周執行秘書淑婉

我要提出澄清，剛剛楊委員芸蘋提到的是今年 9 月 25 日的新聞，當時剛談完總額協商，記者在疫情指揮中心請問部長，部長當時還沒有看到兩案併陳的結果，只是大概說明他當時的想法，部長並沒有做出任何指示，大家還是可以客觀討論費率。

周主任委員麗芳

所以我們還是可以充分討論，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、謝謝周執行秘書幫我解釋，我要更正一下，我剛剛看的新聞是 9 月 25 日的新聞，感謝侯委員所說的，應該要理性討論，相信部長會講這些話應該有他的考量、想法，也不要怪他亂講話，我想他也是替困苦的勞工著想，或者有其他想法。
- 二、我們可以理性討論，怎麼增加健保收入，有蠻多人建議增加自付部分，提升或增加使用者付費，我覺得大家都可以公平理性的討論。

周主任委員麗芳

請陳委員石池、盧委員瑞芬。

陳委員石池

上次會前會請好多位專家試算，多數專家都贊成要調漲健保費率，

健保署建議不調整費率，若有足夠財源當然可以不調整費率。從今天的報告，無論是付費者或醫界版本，111 年底的安全準備 0.91、0.69 個月，都不足 1 個月，各位委員不是說要依法行政嗎？安全準備就是不夠啊！不能因為部長講一句話就不調費率，這有道理嗎？各位委員有依法行政嗎？若能找到足夠財源，我也同意不調整費率，否則就是睜眼說瞎話，請問各位委員有無依法行政？我非常反對不調，除非有找到足夠的財源。

盧委員瑞芬

- 一、我剛才的發言是請教健保署，現在發言是針對實質的討論。健保法規定安全準備必須介於 1~3 個月，按照健保署推估的數字，無論是付費者或醫界版本，111 年底安全準備都不到 1 個月，過去健保會的決議是安全準備不足 1.5 個月就要進行調升費率，現在就算不以 1.5 個月為基準。按照健保署試算的版本，2 個方案都一定要調升費率，差別在調整幅度，若依法行政，就是要討論調升的幅度。
- 二、以前衛生署在 94 年(侯署長勝茂)曾提出多元微調方案(不調費率，但增加其他財源)，2010 年楊前署長志良則曾提出「單一費率，差別補助」，就是同意調整費率，但是對所得低於某種程度的弱勢團體，政府編列預算補助保費增加的額度(補充說明：投保金額低於 40,100 元，政府全額補助因費率調升而增加的保費金額；投保金額介於 42,000~50,600 元者，政府補助 20% 因費率調升而增加的保費金額)。所以我們今天討論的重點是要就健保署提出的財務估算方案，決定依法到底該不該調，調了以後，若有弱勢團體需要協助，這部分應該就是要政府出面來協助。我們要決定的是按照現行的法規應不應該調整費率，我覺得理性討論的點應該在這邊。關於民眾付費能力需要協助的部分，如果稅收足夠，可以請政府提供協助，就像之前楊前署長提出的保費差別補助。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、請陳委員石池不要激動，還沒做成決議，請不要講「各位委員」，應該講「不調的委員」，如果講「各位委員」就一竿子把我們打死了啊！你要講「不調的委員，你們有沒有要依法行政」。
- 二、第 1 點，我要求應該要調降平均眷口數。第 2 點，李署長一直強調慢箋要提高自付額，請問這項政策明年要不要執行？能收多少錢進來？請今天給我們答案。調高慢箋自付額，可以多收 60 億元，若再加上今天的評估，安全準備就超過 1 個月，就沒有安全準備剩 0.91、0.69 個月的事情。所以健保署應該給我們幾個政策方向，像是慢箋明年調高自付額可以多收 60 億元，加上未來以後會多收多少錢。
- 三、基本工資調整也會再增加收入，約有 59 億元左右，還有軍公教調薪 4%，另外我們平均薪資每年都會調整 1.68%~2.2% 之間，請問這部分會多收多少保費？
- 四、另外，就是今年股市太活絡，應該可以預期會多收，請問明年補充保費預估將會收多少億元？因為股利、股息、薪資年度結算都要繳交 2% 的補充保費，希望這些數字都要很明確地呈現。
- 五、我很贊成依法微幅調漲，至於依法微幅調漲的用意在哪？每年若依法辦理就是要達到收支平衡，既然看到收支不平衡的情況，依法就讓它要達到平衡，這是法律所規定，在此重申，我很贊成依法微幅調漲收支平衡，這是我的看法。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

- 一、剛剛何委員語已經提到依法行政，若真要依法，似乎就有質疑，既然大家討論 OK，就進入這部分的討論。

- 二、我個人的感覺提供給大家參考，事實上部長不是 9 月才宣布，是去年就宣布了，這不能怪他，他有自己權責，不過若以部長的幕僚立場，那麼幕僚應要依法提出建議，若部長進行違法宣告，就會當不了政務官而下台，雖無法揣測他的想法究竟為何，但我們應該還是要依法啟動調整機制，本會已經將啟動的時點由安全準備低於 1.5 個月下修到 1 個月了，今天若以數字來看，先不論醫界代表版的數字，光付費者代表版的數字，安全準備已經低至 0.91 個月，其實就該調整。我們今天討論後，將意見提給部長，最後由他仲裁也由他負責，這不需要當作今天討論的部分。
- 三、剛剛何委員語提到的部分，我也不解，因此我剛剛又重複提問，到底施行細則第 68 條的平均眷口數有無公告？有就有，沒有就有沒有，就明確講出來。我要的是 109 年的數字，現在 110 年已經快過去了，難道沒有數字嗎？沒有數字的話，就是健保署瀆職！因為現在平均眷口數 0.58 人是 107 年的數字，是在 108 年揭露及提案討論後，公告從 109 年開始適用的。現在已經又過 2 年，所以目前最新數據是多少？這對健保財務影響蠻大的。
- 四、剛才盧委員瑞芬提到弱勢團體的部分，坦白說應該整個討論之後，該怎麼樣做就怎麼樣做，因為社會保險還是保險，對於弱勢族群應由社會福利去補助才是公平的，但這件事情我已好久不談了，因為施行細則第 45 條沒有解決，沒有用啦！假設補助弱勢 30 億元，依施行細則第 45 條的規定來講，將來也是算成政府出的，因此財務上並沒有增加，不曉得這樣各位委員有沒有了解，這我就不細講了。施行細則第 45 條這一條比較麻煩，因為雖經立法院認證，但其實是違反母法健保法第 27 條，之前說要考慮修法，但講了 4、5 年還是沒有結果，以上補充。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

我剛才講話太大聲，我沒有生氣，調不調跟我沒直接關係，我只是加強語氣告訴大家依法行政，不好意思，被誤會為生氣。我以後講話會小聲一點，因為調不調跟我無關，就是只是想要盡到委員責任而已，不好意思，我剛才講話比較大聲。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

我只是想要先確認一下，重點一直在討論不調整費率有無依法行政，健保法第 78 條規定，安全準備以 1~3 個月為原則，請問這是強制性規定嗎？若不是，就沒有違法的問題。但還是想問一下主席，可否請專家說明一下？

周主任委員麗芳

請主管機關商司長東福解釋一下何謂「為原則」。

商委員東福

寫的很白話，「為原則」就是字面上的意思。(委員笑)

周主任委員麗芳

這很白話應可了解。請林委員恩豪。

林委員恩豪

我再說一次，這個「原則」是強制性規定嗎？強制性規定在法律上一定要遵守，所以不是的話就可以討論，如果說這是強制性規定，費率不能調整的問題就不存在，也就是一定得調費率；但若不是強制性規定，費率不調整那當然是可以討論的。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、剛才聽了很多委員的發言，自我加入健保領域後所了解到的

是，學者專家講的費率調整機制理論上是每 1 年都要調，事實上讓人有點質疑，這個說法到底有沒有根據。之前在二代健保後，安全準備存了 5、6 個月的錢後，在當時修改為低於 1.5 個月安全準備就要調，後來開始財務漸漸又不足，健保署的估計也常講得很危言聳聽，結果我們最後也沒有調。

- 二、另外想要表達一件事，關於健保署現在每年結餘款有多少，從來也沒有在當年度提出，變成跟預算平行，結餘款可以併入下年度運用，但都是過了 2 年才講結餘款，也沒有意義。照預算法的話，結餘款應該要歸入安全準備的。
- 三、至於調高自付額，我個人覺得，差不多是有共識，但別人怎麼想我就不曉得，至於要調多少，健保署也沒有說。剛剛林委員恩豪提到，法令規定是「為原則」，也就是健保法第 78 條規定，健保安全準備以相當於最近精算 1~3 個月的保險給付支出為原則。如果這樣說的話，錢到底是多少？不知道，希望健保署在這方面講清楚。
- 四、健保署對於健保特約醫療院所的款項，一向都正常支付，我沒聽過健保署拖欠醫療費用，錢都是先存在那裡當冤大頭，沒有拿去好好利用。若當年度就預收款項，隔年再付，或差一個月再付，那個錢就都會補足了還會有剩，說實在的，一向預估的都太高，沒有真正考量收支平衡。唯一有落實是，想要向所有被保險人多收一點保費，這樣醫療支出才能多用一點，我希望這觀念要改。尤其特別要談到，到底有沒有落實依法行政？我看是沒有依法行政，因為健保法第 24 條談到收支平衡，但醫界又想要衝高醫療費用成長率來讓所有付費者負擔，最後還是要看阿中部長怎麼裁定，他是很內行啦，因為總額制度他是早期參與的創始者之一，我希望能體諒阿中部長今年不想調整費率的這個看法，我們也陳情我們的訴求，其他政治的事情就不談，希望大家都能領會，也期盼明年能再維持 1 年費率為 5.17%，若要調整明年年底再談。

周主任委員麗芳

請李委員永振，這已是第 3 次發言，之後再請滕委員西華。

李委員永振

- 一、剛剛 2 位委員有討論到「為原則」這部分，事實上這不是第 1 次發生，在本會委員第 2 屆任期快滿時就發生類似情況，健保會組成及議事辦法第 5 條規定為委員任期為 2 年，以連任 1 次為原則。這規定也是「為原則」，我記得當時的說法是，有原則就有例外，所以就可以繼續連任，因此我也當了第 3 屆委員。前述規定若為硬性規定，那我也違法了，不過就沒有這樣，因此「為原則」就是容許有例外。
- 二、因為我留意到這個部分，所以今年 8 月於本會委員會議提案討論費率調整啟動機制，從本會之前的共識，安全準備低於 1.5 個月就要啟動，回歸到健保法第 78 條的安全準備 1 個月才要啟動。其中特別有個操作型定義，但當時提案的結論漏掉了，所以我在上個月會議才提到說那很重要，這是我們自己要審查費率應該要遵守的，雖然不是法律層級的規定，但我們自己定下來的遊戲規則、自己不遵守也是很奇怪，所以是否「為原則」不應該在我們這討論，因為我們自己定下來的啟動機制已經定了操作型定義，不到 1 個月就是要啟動。至於啟動討論之後，到底要不要調，這又是另一回事。本會的啟動機制前已討論過，因此這整個應該是回歸這樣來考量，可能會好一點。

周主任委員麗芳

先請滕委員西華，再請何委員語。

滕委員西華

- 一、調整保費這件事，雖然健保法明文規定，有法定上下限之原則，但這 20 幾年來，調保費從來就不是科學問題而是政治問題，從大家現在討論的意見也就知道。去年在談調整費率時，我就曾提過，2 年費率的最適範圍應該是 5.17%~5.25% 之間，我覺得最適的費率應該是 5.20%，因為能維持 2 年 1 個月。回

到今天的討論，很難說調不調費率，因為我覺得其實大家說的都有道理，回顧健保史上，低於法定下限 1 個月的時間可能更久，所以也很難說低到底是不是不對，只能說在權責基礎下就是可能我們借錢會借的更多。但是我覺得要給社保司幕僚一個建議，既然是政治決定，就應該在決定之前給更多資料，因為部長承諾希望 2 年不調，就是不只政治考量，對社會經濟因素確實也會有一定衝擊。

- 二、各位不要忘記，選票跟鈔票之間的考量，因為這 2 年都要選舉，若要調整費率確實蠻困難的，我覺得幕僚應該做幾個建議，剛剛何委員語談到增加慢性病連續處方箋的部分負擔，但其實不是增加，是恢復部分負擔的問題。很多委員支持慢箋 3 個月，或現在因疫情可延長 6 個月，也就是在特殊情況下延長請領，還有雲端藥歷及精準用藥的部分，我覺得可以考慮慢箋逐步恢復一定程度的部分負擔，這確實會影響保費收入。
- 三、我在今年總額協商時也提到，其他預算的「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目的預算是 10 億元，大家都說編了若沒使用的部分就會滾回安全準備，但是編這項目就占了費率 0.01% 的額度，其實是可以少編。因為政策交辦的款項真的很多，如果真的發生疫情等不可抗力因素，用撥補公務預算的方式也好，都有立場另外要求撥補經費進來，例如向行政院預備金要求。所以即使「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目沒有編到 10 億元，可能也是合理的，因為這本來就不該在總額內運用。
- 四、剛剛盧委員瑞芬提到楊志良老師擔任衛生署署長時期，我記得當時費率調到 5.17%，是投保金額 5 萬 7 千元以下所增加的保費，是編列 1 年的預算要求立法院通過補助，但隔年就恢復了，也就是用 1 年的緩衝期在支撐，這當然也可行，也沒有違法，等於是公務預算，但會有李永振委員講的，會變成像 36%，也許隔年就不會算了，可能只有那年達到李永振委員及其他付費者代表所追求的，真正實質接近付費者期望的 36%，

也有可能。這樣的金額編列下來形同紓困，就像疫情期間對企業或其他的紓困，用投保金額來計算及撥補給健保署，也很簡政便民。

五、我的意思是，我們不一定要這樣選擇，既然出現，過去政治的承諾可能無法信守，也出現付費者代表認為社會經濟要考慮的情況下，幕僚或專家學者功能就是盡量提供 option(選擇)，在維持安全準備 1 個月為原則的情況下，讓上面主政者去做選擇，而非只按照健保署目前的試算結果原封不動送上去，我覺得這樣幕僚也不夠盡責，沒有在政治可承擔風險裡面去提供選擇。

周主任委員麗芳

謝謝滕委員西華的建議。剛才也有好多委員都提到，可能等一下再請教大家慢性病連續處方箋、自付額、部分負擔、平均薪資未來可能帶動等相關情形，這些對健保收入都還是可能有挹注，資料若能補齊為佳。請何委員語，最後 1 位口頭發言。

何委員語

一、這幾天我也一直在想這個案子要不要調，想到每次法官都講說「法律有寫的依法律，法律沒寫的依慣例，慣例沒有的依風俗習慣」，今天法律寫的是 1~3 個月為原則，這原則就是可以看健保會自己怎麼決定。也就是條文雖然寫 1~3 個月，但健保會可以自己決定要 1 個月、1 個半月、2 個月、2 個半月、3 個月等，在此重申，這意思就是法律給一個範圍，健保會自己決定。既然是原則，我們就自己決定了，開會後的決議是寫 1~3 個月，後續就沒有寫原則。

二、現在回過頭來我要請教健保署，不足 1 個月的部分，到底是明年 11 月還是 12 月才不足？如果是明年 12 月份不足，那就不會缺錢，因為健保是遞延結算，12 月健保費是 1 月才結算，所以你還不會不足 1 個月的金額，你庫存還是有這麼多錢，後面的 1 月才來結算明年 12 月的健保費，才結清，所以每次都是 1

月份第 1 季才結清前 1 季的金額，以這樣遞延效果來算，到明年年底都不會低於 1 個月，這樣的話就不必調。如果明年是第 2 季就會不足 1 個月，問題就大了，因為無法遞延支付，非調不可。

三、因此本案我建議，讓部長決定。第一個，若建議不調費率，就要同步呈報，預測明年會多收什麼錢，例如自付額若提高會多收多少錢，讓部長判斷。第二個，若把付費者方案的 5.22% 及醫界的 5.32% 就照這樣提上去，看要調為 5.22% 或 5.32%。第三個，建議明年的眷口數一定要調降，從 107 年起已經讓你 3 年沒有調降，所以 111 年應該要調降，3 年一輪、好壞照輪，千萬不能說 3 年都不調降。我建議健保署就把這些都考量進去，讓部長最後裁決。

周主任委員麗芳

剛才實在有太多問題詢問健保署，先請該署回應。至於今天另外兩個討論案，有關牙醫及西醫基層總額的地區預算，因為有時效性今天一定要做出決定，所以不能再討論下去，健保署回應及最後 2 位委員發言後，本案就要結束。

陳組長美杏

一、李委員及何委員關心平均眷口數部分，先前於業務執行報告時，李署長已表達過，我們會注意。

二、朱委員益宏詢問，假設費率不調，明年的安全準備何時低於 1 個月？這涉及醫療給付費用的支付，預估會在下半年，但確切是哪一個月，現在無法明確預估。

三、盧委員瑞芬提到基本工資調高，為何還有保費會降低的問題。現在的投保金額，目前第一級是 24,000 元，第二級是 25,200 元，第三級是 26,400 元，也就是投保金額介於 25,201~26,400 元之間的人，目前是以 26,400 元投保。可是如果未來將投保金額分級表調高，第一級修正成 25,250 元，所以薪資為 25,201~25,250 元的人原來以 26,400 元投保，會改為適用 25,250

元，適用的投保金額反而下降。

四、另外何委員語特別提到，有關補充保險費股利的部分，明年應該比較樂觀，會議資料第 49、53 頁已納入敏感度分析。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、我贊成何委員語意見，依健保法第 24 條規定，費率最後都還是看部長怎麼裁示。我雖然贊同，但我還是要講，要維持 5.17%，因為部長裁示的話，政策支出方面他會考慮很多，像是今年總額協商時有非常多的主張，都是政策的交辦，而不是如同往年循程序所提的成長因素。

二、還有剛才講依法，我想請教，非協商因素依照哪一條法令？你可以大聲講出來，若無法講出來，就是先違法。醫界你們又創造價位，每次都高估，國發會跟行政院核定下來，付費者的想法是，只要超過國發會的低推估值就可以了，但為什麼部長都給醫界高推估值？所以若要講到違法，乾脆非協商因素都應該拿出來，通通納入協商範圍。為什麼現在一定要調費率？因調高費基造成準備金不足，其實才差一點點，不是沒有錢，我是主張先維持現況，明年的這個時候再來談調整費率。又不欠你們醫界錢，健保署哪時候欠你們錢？我聽過朱委員益宏說總額欠醫界 7 百多億元，總額哪有欠 7 百多億元，請問健保署到底哪個地方欠了 7 百多億元，大聲講出來，都沒有啊！這樣講欠 7 百多億元，好像付費者欠你們的，你們都自說自話，應該要考慮現實的狀況，也讓阿中部長日子好過一點。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

一、我記得曾經有位行政院長講過，當初要調健保費時，他說政府會窮盡一切方法，用行政手段保護消費者，非不得已才會調。

二、今天看到結論，到明年還不一定會低於 1 個月的安全準備，因為很多東西都還沒做，這些數據都是預估的，還有就是有沒有依法行政，這都是未來的東西，具有很大的不確定性，但是大家在這情境下，還得一直討論是否要調漲。

三、剛才滕委員西華講的很好，其實政府行政手段還有很多沒有做，今天如果回去想要說服付費者就該端出來，但現在還沒討論怎麼做，就要來跟我們要錢。既然這些行政手段都還沒啟動，我也比較傾向於何委員語的說法，是否也提供一些選項給部長，讓部長去做決定，因為目前看起來並沒有迫切需要調整保費。

周主任委員麗芳

請鄭委員素華。

鄭委員素華

聽這麼多的委員所表達的意見，我自己也有一樣的想法，都覺得現在沒有急迫性要調費率，因為在台灣整個疫情是控制得很好，所以我覺得現在這個時機若要調保費，需考量很多勞工朋友本身收入已經減少很多，若調整保費將會增加負擔，以我身處勞工團體的立場及理念，我是不支持的。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。另李委員永振表達還要第 4 次發言，因前面已經發言 3 次，拜託請於朱委員之後精簡表達，因為時間真的很有限。

朱委員益宏

一、我想干委員文男不須太有針對性，今天不是 9 月協商的場合，套句何委員語曾說過的話，9 月的氣氛不要帶到今天來。剛剛干委員文男一直講醫界創造需求，若這樣說請拿出證據，不然剛剛李署長伯璋已經講了，健保署窮盡一切力量減少相關的浪費，健保署做了這麼多，干委員文男若還是認為醫界創造需求，就該拿出證據來，不是空口說白話。我覺得 9 月份的協商已經過了，何委員語一再提醒我，所以我也希望大家還是要維

持好的氣氛。

- 二、剛剛我要舉手，主要是對於健保署回應有意見，該署表示：下半年才會低於 1 個月安全準備，但下半年會發生在幾月無法預估。我覺得這可能不太對，健保署對於整體收支狀況應該很清楚，有變動應該也知道，就算無法每個月知道，每季的狀況應該也要知道及掌握，因為每季總額會結算，每季支出應該也很清楚。
- 三、剛剛大家一直在講，健保法第 78 條規定是 1~3 個月為原則，這案子我認為尊重部長意見，條文寫「為原則」我也認為應該不算違法。不過我要提醒的是，健保法第 26 條的規定就不是「為原則」，是講得非常清楚，若安全準備低於 1 個月，健保署就應該啟動檢討給付範圍。所以如果是健保署無法精確預估 111 年下半年哪 1 個月會低於安全準備 1 個月，那麼 111 年 6~7 月健保署就應先送出給付範圍調整草案到委員會討論。因為討論絕對不是只有 1 次的會議，可能還有好幾次的會議，大家必須要經過一些折衝。在此重申，健保法第 26 條的規定，並非「為原則」。所以如果今天決議不調整，是否懇請主席有個附帶決議，請健保署依照健保法第 26 條規定在適當時間提出調整給付範圍的草案。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

在健保收支結構失衡尚未解決的前提下，保險費率是否調整是假議題，當時因為今(110)年健保費率從 4.91% 調漲到 5.17%，增加幅度很大，所以陳部長時中就預告明(111)年不調，但是如果 111 年不調費率，112 年的費率需要調整更多，所以我說這是個假議題。

周主任委員麗芳

- 一、感謝健保署的簡報。今天經過充分討論、溝通所有委員的意見後，本會建議明(111)年度健保費率暫不調整，惟將費率案陳報

主管機關時，須併附下列資料：

- (一)請健保署補充可能的財務微調措施及其對健保財務的挹注。
- (二)111 年度總額成長率分別採付費者代表及醫界代表版本的健保財務推估及試算。
- (三)本案與會人員發言實錄。

二、繼續進行討論事項第三案「111 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配」，由於會議時間非常有限，請牙全會代表直接進行說明，謝謝。

(接著先進行討論事項第三、四案，詳第 77~85 頁與會人員發言實錄)

盧委員瑞芬

我想確認主席剛才對討論事項第二案 111 年度保險費率的決議，因為對於大家的發言我不覺得有共識，不曉得主席對討論事項第二案的決議是？

周主任委員麗芳

有關討論事項第二案的決議，雖然委員的意見聽下來沒有共識，但多數委員建議不調整 111 年度保險費率，最後決議是以多數委員意見不調整 111 年度保險費率，但有 3 點補充資料要併陳：

- 一、各項可能的財務微調措施及其對健保財務的挹注，請健保署、社保司協助，補齊這些資料。
- 二、有關今天簡報內容，針對 111 年度醫療給付費用總額付費者代表版本或醫界代表版本預估可能的財務狀況、保險費率都一併附上。
- 三、本案所有委員發言實錄。

盧委員瑞芬

一、其實跟之前提到的一樣，所謂的多數意見其實並沒有去統計，所以我比較建議一個持平的方式，是把雙方的意見都陳上去，而且我不認為今天健保會的共識是「不調整 111 年度保險費率」，因為目前健保署提出的試算結果，明年底安全準備都低

於 1 個月保險給付支出(註)。

二、我想捍衛的是一個合理合法的決策機制，如果健保署目前提出的資料無法說服委員，可以在補充資料後再議，我都覺得比較可行，我不認為以舉手發言次數就可以代表所謂的「多數委員」，而決議我們今天達到共識，這點我不同意。

註：依據健保財務推估，若維持現行一般保險費率 5.17%，111 年度醫療給付費用總額成長率分別採付費者代表版（成長率 2.577%）或醫界代表版（成長率 4.233%）試算，明年底安全準備皆不足 1 個月保險給付支出，為 0.91 及 0.69 個月。

周主任委員麗芳

我們會將委員不同的意見全部附上。請陳委員石池。

陳委員石池

我對於討論事項第二案的決議有建議，主席的決議是不調整 111 年度保險費率，建議加上但書，如果健保署透過各項措施增加保險費收入，明年底仍無法維持安全準備 1 個月保險給付支出時，就應該考慮調整保險費率。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

我建議健保會要遵守自己訂下的遊戲規則，所以按照目前健保署提的資料，結論應該是要調漲保險費率，但也有不調漲的空間，即使部長有辦法去調整，也不能叫健保署重提安全準備至少 1 個月保險給付支出的方案。資料已經確定了，但還有空間可以解套不用調漲保險費率，讓部長不用自打嘴巴，這樣才對啊！

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

我也不贊成主席剛剛下的決議，因為討論事項第二案是兩案併陳，

不能說是多數意見。我建議是有委員建議不調整 111 年度保險費率，不調整因素如下；有委員建議調整 111 年度保險費率，調整因素如下，最後兩案併陳，由部長裁定。這樣做才正確，符合在座雙方的看法跟意見，因為我們沒有表決，也沒有點名，所以沒有多數意見。

周主任委員麗芳

- 一、討論事項第二案尊重每位委員的意見，111 年度保險費率採兩案併陳，並附上所有委員意見，甲案維持現行保險費率 5.17%，乙案調整保險費率至 5.22%~5.32%。
- 二、剛才所提意見，包括各項可能之財務微調措施及其預估挹注健保財務等資料請健保署、社保司協助提供。將本會審議結果及委員發言實錄一併附上陳報衛福部，這樣好不好？今天非常感謝大家，一切都很圓滿，會議進行到這裡，散會。謝謝！

伍、討論事項第三案「111 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

林代理委員敬修(陳委員建志代理人)

請看會議資料第 111 頁，牙醫總額在 95 年已經完全 100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數占率(R 值)，將一般服務預算分配到六分區。但是我們有下面五個特殊計畫，需要移撥 12.324 億元的經費，這些計畫已經做了好幾年，希望委員能支持，這些計畫包括：「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，係考量醫缺分布地區跟投保人口不一樣；「牙醫特殊醫療服務計畫」也要預先保留 5 千萬元，避免計畫經費不足；「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」之弱勢鄉鎮，也跟六區人口分布結構不同；「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」之最高二個分區，也有其特殊性，不能依照六區分配統籌金額；「牙周病統合治療方案」從 108 年起，就希望逐年依照書面資料所列比例，從 108 年的 90% 到 113 年完全回歸投保人口，所以 111 年建議保留 30% 費用，做全國一致的分配。

周主任委員麗芳

請各位委員翻到會議資料第 108 頁，我複述一下牙醫部門剛才報告的內容。因為牙醫部門目前地區預算是 100% 依據各地區校正人口的 R 值做分配，他們建議從一般服務預算移撥 12.324 億元作為特定用途移撥款，牙全會也在會議資料中，詳細地列出移撥款的 6 項用途，各位委員針對牙全會提出來的地區預算分配有無意見？是否同意？(多位委員表示：可以)請干委員文男。

干委員文男

請問這個提案是否已經過牙全會內部討論？

林代理委員敬修(陳委員建志代理人)

有，各分區委員會都同意了。

干委員文男

希望不要在你們說大家都同意後，還有人跟健保會投訴，我們知道

後會很難過；如果你們已經確實弭平內部意見，我們也沒有意見。

林代理委員敬修(陳委員建志代理人)

在各位委員桌上有 1 張邀請卡，是陳委員建志特別吩咐我，要邀請周主任委員麗芳及各位委員參加牙醫門診總額 12 月 22 日舉辦的尾牙，謝謝。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、我對牙醫地區預算分配有問題要請教。請問牙全會建議提撥的 12.324 億元中，有幾個項目是用於專款計畫。總額協商的時候，付費者代表之所以同意或不同意專款增加的金額，都跟當時各總額提出的項目說明或總額成長率有關。

二、若牙醫部門要用一般服務預算補專款不足的部分是很好，本來一般服務就是滾入基期，是自己的錢，但是牙醫部門這邊可能也要顧及當初付費者在協商專款服務時，就不是非常同意牙醫提出的範圍、用這麼多的錢，例如付費者當時討論特殊醫療服務計畫時，就對增加社區醫療網有非常多意見，認為這部分不應增加太多經費。

三、牙全會在技術上，用移撥款增加專款部分的服務量，這樣好像在專案的稽核管理上也會造成不太一樣的結果。當然如果要往好的方向想，也可以講既然付費者代表不同意專款增加，就用自己的一般預算做，也表示牙全會很重視病人服務。若是這樣，將來專案報告時，應該將一般服務撥補的費用納入專案計畫報告績效才對，否則這個做法在總額協商中，並不符合正當性。

周主任委員麗芳

滕委員西華的寶貴意見，請牙全會好好參考。

林代理委員敬修(陳委員建志代理人)

回應滕委員西華所提的移撥經費用於「牙醫特殊醫療服務計畫」5

千萬元部分，大家知道這項是專案計畫，陳委員建志很關心本計畫的執行情形，每年支付點值最高是每點 1 元，若申請點數超過預算時就會採浮動點值來計算。牙全會希望大家盡量提供服務，如果服務量超過預算，點值不到每點 1 元，才會用移撥的 5 千萬元來補，保障執行本計畫的牙醫師可以拿到每點 1 元，這是我們規劃的初衷，似乎和滕委員西華講的不太一樣。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

補充說明，有關「牙周病統合治療方案」部分，牙全會當初規劃以 5 年為期，逐年調降依各分區執行率分配預算之比率，111 年已經降到 30%，請牙全會釐清 5 年期限，是指哪 1 年退場。

林代理委員敬修(陳委員建志代理人)

牙全會當初承諾的 5 年是指 113 年度總額，100% 回歸依各地區校正人口風險後保險對象人數占率(R 值)分配。

周主任委員麗芳

一、謝謝各位委員的支持，本案做成以下三點決議：

(一)111 年度牙醫門診總額地區預算分配方式，100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數占率(R 值)分配。

(二)一般服務移撥 12.324 億元作為特定用途移撥款，用於牙全會建議之 6 項用途項目。

(三)其餘內容依提案說明及擬辦文字，請同仁協助整理。

二、我們先歡迎蔡前委員登順(在座委員鼓掌歡迎)，恭喜您得到衛生福利專業獎章，等一下即將頒獎，很感謝您蒞臨列席給我們指導。謝謝!

三、接續進行下一案「111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」，請西醫基層代表說明。

陸、討論事項第四案「111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

顏委員鴻順

- 一、首先要跟大家致歉，因為我跟黃委員振國沒有達成上次健保會(110.10.22)所交付的任務，基層的地區預算分配，還是沒有達成共識。我先跟大家報告這當中的困難，我參加地方公會、全聯會已經 10 多年，基層的六區分配會議是我參加的所有會議中最痛苦的。每次開會時，各區都有各區的想法，或者說是有各區的盤算。但是大家的共通點都是認為基層六區分配走 R 值、S 值的公式，真的無法反映各區醫療實際的耗用狀況。
- 二、我舉 3 個數字給大家參考，就可以知道中間有多大的爭議。目前整個臺灣分為六區，東區有保障點值先忽略不看，其他西部的五區，若以錢跟著人走的角度來看，投保人口占率跟撥補費用占率最多相差 6%。第 2 個數據，西部五區每個人的健保預算，最高跟最低的區域差到 28%，導致北部有一區的點值長年以來都是最後 1 名，偶爾翻身也是第 5 名，這就是在六區分配討論過程中大家一直爭論不休的問題。
- 三、大家也曾努力過，有的區認為就以風險基金來作微調、撥補，北部有個區提出點值趨近方案，但是當風險基金規模不夠大的時候，這些撥補都是杯水車薪；所以有個區就提出，是否在保障東區、某些弱勢地區的原則下，採用全國一區同一點值這樣的概念，但針對特定族群，比方小孩、老年人、多重慢性病，該加成就加成，才不會導致例如同樣看糖尿病，在南部看申請 100 點給 100 元，在北部看申請 100 點拿到 90 元，有明顯同工不同酬的現象。特別是針對上次我在會議中提到的，建議對 R 值跟 TRANS 值(西醫基層門診市場占有率)的意涵做個研究與檢討，才能讓 R 值、S 值真正符合醫療耗用狀況，也才能真正往前去推進，這是目前基層遭遇到的困難，要就教於各位委員。

四、回到原本本會交付的任務是，確定風險調整移撥款是否維持 6 億元，以往來講，6 億元是撥補點值落後地區，它的概念就是因為 R 值、S 值扯不清楚，「無魚，蝦嘛好」(台語，退而求其次)，所以用風險基金彌補認為被虧待的地區；但是在疫情之下，這架構、概念被打破了，例如以台北區而言，以往是點值落後的地區，在疫情下是重災區，點值反而變成最高，如果按照以往的精神，變成它要拿錢出來補人家，就違背風險基金原始設立的精神，但是要將點值落後的這個 target(指標)拿掉，重新形塑撥補的價值、概念，大家就吵不停，有不同的想法，這是討論過程遇到的困難。

五、我跟振國委員是健保會代表，不能跳進去參與協商，所以只能乾巴巴的空著急，但是可以看到大家基本的共識是，假設在沒有疫情的情況之，將 6 億元風險調整移撥款用來撥補點值落後地區，大多數的區是贊同的；但在疫情之下或疫情之後，因為點值已經無法反映弱勢地區，要用什麼 target 做標準，在這邊還沒有定案，也跟大家致歉，這部分基層暫時無法提供確切的答案給大家。

周主任委員麗芳

黃委員振國要補充嗎？

黃委員振國

本案問題關鍵是甚麼？最近 6 年以來，因為有風險調整移撥款，確實在 108 年沒有疫情的情況下，有發揮最好的效果，但在 109、110、111 年時，風險調整移撥款用點值高低當撥補機制，最大的問題就是，109 年事實上沒有撥補，110 年有些微撥補。所以我們有三個區，是希望 R 值不走的，他們希望越低越好，他們只提出 3 億元，另外兩區 R 值本著錢跟著人走的概念，贊成健保會提的 6 億元。

周主任委員麗芳

接著請委員表示意見，請何委員語、干委員文男。

何委員語

- 一、因為上個月有決議西醫基層 R 值 68%跟 S 值 32%，111 年 R 值占比同 110 年並未改變，會上委員建議風險調整移撥款維持 6 億元，請 2 位委員攜回醫全會討論，但剛才聽 2 位委員報告好像醫全會內部討論沒有達成共識，依議程資料第 126 頁，健保會提出的建議如下：110 年度地區預算 R 值、S 值，風險調整移撥款維持 6 億元，用於保障東區浮動點值每點 1 元，及撥補點值落後地區，這是健保會同仁提出來給我們的建議。
- 二、聽了剛才 2 位委員的發言後，不曉得西醫基層 2 位委員的想法是今天不要討論、延至下個月再做決定，還是要回去醫全會重新討論再做決定，或是要依據健保會擬議決定，我們不得而知。
- 三、如果以現在這個情形來看，其實可以由健保會做成決定，讓你們回去處理比較好。去年也是你們無法決定，最後健保會是做成決定後，讓你們帶回去處理，並且跟健保署討論未來分配方式。
- 四、我認為今天就比照去年模式，以本會建議案，維持 6 億元的風險調整移撥款、保障東區點值 1 元及撥補點值落後地區的方向處理，不然我看即使討論到明年第 1 季還是無法定案，坦白講，我也能理解基層有很大的問題衝突，但健保會不做成決議，他們更難以形成共識，不如我們做成決議。

干委員文男

我們知道基層開會很不平靜、爭議很多，所以我也非常感佩翁委員文能，醫院部門就比較少有這種情形，當然表現最好的就是中醫跟牙醫部門。如同剛才何委員語講的，這情形不僅是去年，其實是有多年都發生相同情形，基層自己不能做成決定，最後由健保會做成決議。這樣的話，這個案子是不是可以延後 1 個月討論，若不能延後，我們就現在做個決定。要請基層決定的話恐怕有困難，還得請健保署幫忙協調，若沒有公權力沒有介入，每個人都講得很有道

理，不知道討論到最後的結果會是怎樣。如果按照剛才何委員語建議的方式處理，或者讓健保署介入協助，不要讓西醫基層 2 位委員回去如坐針氈。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

各位委員好，因為地區預算分配案是健保會的職責，不是健保署的職責，還是要回歸健保會做成決議。本案只有 2 個方向，一是今天就照健保會的擬辦做成決議，或是最慢延到 12 月委員會議再決議。若請西醫基層攜回討論，可能下個月委員會議還是無法決定，長痛不如短痛，不如今天就做決議。

周主任委員麗芳

我請教顏委員鴻順跟黃委員振國，如果西醫基層無法達成共識，健保會今天就做決議，這樣可以嗎？

顏委員鴻順

- 一、謝謝何委員語、干委員文男對我們的體諒，一開始我也跟大家報歉，希望能達成任務，但紛爭非常多，如果可以的話，希望再給我們 1 個月的時間到 12 月，我們再回去努力，希望下次將好的結果呈現出來。
- 二、我也拜託何委員語，今年爭執的重點在於假設我們回去將風險調整移撥款額度談到 6 億元，但不見得撥補點值落後地區，因為今年在疫情影響之下，台北區成為重災區，反而點值不是落後的，變成要拿錢出來補其他區，所以我們回去會思考一個最公平合理的決定。

何委員語

我補充回復，西醫基層如果同意風險調整移撥款額度為 6 億元，至於細節怎麼調配，是由你們提出讓健保會決定。本會今天建議風險調整移撥款用於撥補點值落後地區，但主要以你們開會後決議的內容，提報 12 月份的健保會做決議，額度維持 6 億元不變，你的意

思是這樣嗎？

顏委員鴻順

我的意思是要回去再努力討論。

周主任委員麗芳

既然 2 位委員已經表達西醫基層的意見，本案有關風險調整移撥款部分保留續議。請楊委員芸蘋、盧委員瑞芬。

楊委員芸蘋

其實 2 位西醫基層委員真的很辛苦也非常認真，我相信你們回去做了很多努力，也相信西醫基層內部真的每個都是意見領袖，因為好多理、監事我都認識，多年相處下來他們真的非常有意見，所以我想你們盡力了。我也贊成剛才何委員語、干委員文男講的，以你們認為對西醫基層最適合、最好、最能夠達到協議的的想法為主，除了風險調整移撥款額度 6 億元不變之外，其他應該沒有問題，我想每個委員都會支持，謝謝。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬(盧委員瑞芬表示不是針對本案)還有嗎？請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、誠如各位委員的眷顧，我們 2 人都很難為，因為醫全會西醫基層的代表都是共識決。各位有機會研讀西醫基層各分區每件申報的點數跟點值，可以知道長久以來使用 R、S 值公式來分配地區預算，歷年來造成這麼大的問題。我們每次回去都很努力，但不能替分區的代表去發言，有時候困難重重。
- 二、去年是談得最快的 1 年，前年談到第 9 次，都是因為分配 6 區預算的困難度高，剛剛顏委員鴻順也有提到，早期 6 區預算分配的公式、原則及理論架構，實際上到現在已經有很大的誤差，假設一定要分 6 區去分配預算，我建議健保會委請健保署跟專家學者，提供更能反映真正 R、S 值的公式，讓錢跟著人走。

三、老實講很難達到 6 區有共識的理由，因為很多預算高的地區不願意改變現況。還有一點很重要，即使在台北區，像雙溪區、平溪區，有很多地區是很偏遠的，還有宜蘭，甚至金門、馬祖都屬於台北區，所以並非東區一定是偏遠的，台北區一定是首善之地。

四、謝謝各位委員幫忙，再給我們 1 個月回去討論，假設沒有共識，建議各位委員幫我們檢視用什麼方式來分配預算會比較適宜，謝謝。

周主任委員麗芳

本案保留續議，請醫全會盡速於 110 年 12 月份委員會議前提送風險調整移撥款之建議額度及用途，以利 12 月份委員會議討論定案。有沒有臨時動議？請盧委員瑞芬。

(接續討論事項第二案，詳第 74~76 頁與會人員發言實錄)



衛生福利部全民健康保險會 第5屆110年第7次委員會議

「110年第3季全民健康保險業務 執行季報告」

中央健康保險署
李伯璋署長
110年11月19日



衛生福利部施政滿意度調查

全民健保滿意度上升

施政項目	滿意度		
	109年 第二次	110年 第一次	增幅
醫療衛生施政表現	91.3%	84.7%	-6.6%
1922 防疫專線諮詢	82.8%	76.0%	-6.8%
宣導 COVID-19 防治表現	91.3%	78.9%	-12.4%
全民健保	88.4%	91.3%	2.9%
嬰幼兒疫苗預防接種	87.6%	81.8%	-5.8%
四項癌症篩檢服務	95.4%	91.8%	-3.6%
打擊食安犯罪	68.9%	61.1%	-7.8%
查看醫療器材許可證標示	87.8%	80.5%	-7.3%
提升民俗調理服務品質作法	80.5%	77.7%	-2.8%
中藥藥品許可證查詢	85.6%	80.5%	-5.1%
小朋友牙齒保健服務	90.4%	88.0%	-2.4%
公開護理之家評鑑政策	91.5%	80.9%	-10.6%
護理職場爭議通報平台	90.0%	84.8%	-5.2%

**說明：室內公共場所禁菸表現，上次調查為 108 年度，故不放入兩次調查比較中。



「人工頸椎椎間盤」納入給付

108年開始討論，歷經2年多溝通110年12月1日納入給付

李明依不爽多花23萬！轟政府有給付不早說 健保署回應了

更新時間：2021/11/14 21:02



- ✓ 溝通，溝通，再溝通！
- ✓ 110年9月通過，10月完成9家廠商協議，11月公告，12月生效！
- ✓ 全額給付233,658點，每年約1,000人受惠，支出約2.34億點。
- ✓ 專業共識，需事前審查，每次手術以給付1顆為限(未來視預算放寬給付)。

李明依做完手術才知可以省23萬，批「政府不早說」！律師發文反酸，國家只做錯1件事

這「不過隨著事情越演越烈，引來律師林智群發文指出，「國家在這件事上，唯一該做的就是沒給藝人特殊待遇。」

李明依為手術「多花23萬」怒槓健保署 院方低調打臉她！術前已充分告知

更新時間：2021/11/15 17:03

3



「妊娠糖尿病血糖試紙」納入給付

聯合新聞網

妊娠糖尿病血糖試紙 下月起健保給付



醫療署自110年12月1日起將妊娠糖尿病血糖試紙納入健保給付，屆時受惠人數約1.2萬人，每年增加健保支出約0.44億點。

資料來源：110年11月5日聯合新聞網剪報

- ✓ 99年6月1日納入健保，原僅給付第一型糖尿病患者，支付點數每片8.1點，每日支付4片。
- ✓ 110年10月共擬會議討論，為使孕產婦獲得良好血糖控制與照護，提升新生兒健康，通過給付。
- ✓ 110年12月1日起，妊娠糖尿病患者，每日支付5片，每年約1.2萬人受惠，推估增加健保支出約0.44億點。

4



精神醫療照護

精神科就醫人數

109年精神科就醫人數139.8萬人

思覺失調症方案照護

- 109年慢性精神病重大傷病領證人數中，思覺失調症約10.1萬人，思覺失調方案收案6.1萬人(約占60%)
- 110年9月1日起方案增列「當年度新增連續施打長效針劑4個月以上之個案」獎勵1,000點至1,500點

領有精神科專科醫師且執業人數

截至110年11月2日共1,650人(醫院1,057人；西醫基層593人)

	醫院(占率)	西醫基層(占率)	總計
醫師數	1,057(64%)	593(36%)	1,650

5

5







加速找出C肝病人

❖ 提供潛在病人名單供衛生局轉介治療

彙整**14萬名潛在個案**(包含0.7萬名RNA檢驗結果陽性及13.5萬Anti-HCV檢驗結果陽性)，於**110年10月4日**函知各地方政府衛生局，以利轉介用藥治療或檢驗RNA。

❖ 雲端系統B、C型肝炎專區自**110年3月31日**起提供查詢

 <p>用藥紀錄</p> <ul style="list-style-type: none"> ● B肝口服抗病毒藥品 ● C肝全口服新藥 ● C肝ribavirin ● 干擾素 	 <p>檢查檢驗紀錄及結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ● B肝抗原 ● C肝抗體 ● B肝DNA病毒量 ● C肝RNA病毒量 ● C肝病病毒基因型 	 <p>就醫紀錄</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 主診斷是B、C型肝炎之就醫紀錄 	 <p>成人健檢-B、C型肝炎篩檢</p> <ul style="list-style-type: none"> ● B型肝炎表面抗原 (HBsAg) ● C型肝炎抗體 (Anti-HCV) ● 成人預防保健服務資格 ● B、C型肝炎篩檢資格 (近期上線)
<p>104年起 最近1次用藥紀錄、檢查檢驗紀錄及結果、就醫紀錄</p>			<p>100年起最近1次篩檢結果+最近1次陽性 介接國健署相關服務資格</p>

6

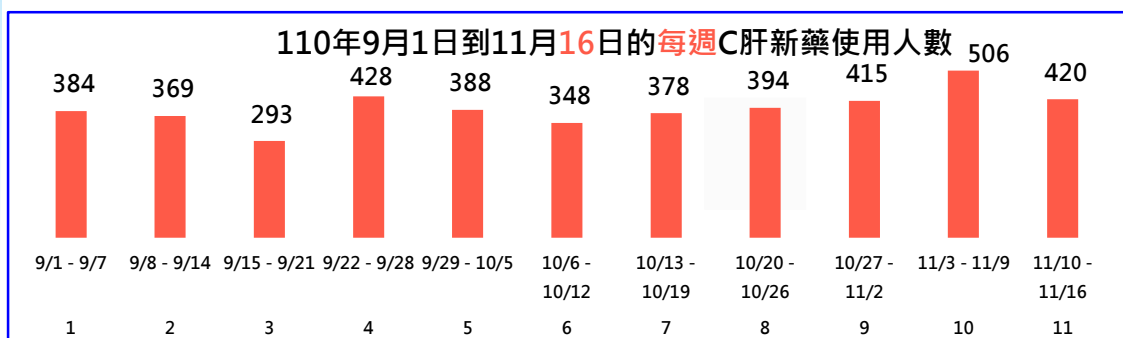


C型肝炎全口服新藥 (DAA) 推動成果

- 近四年已累積12.8萬人接受全口服新藥治療，距離C肝消除目標（達25萬人）還剩12.2萬人。近四年治療成功比例平均達98.4%

年度	106	107	108	109	110	總計
人數	9,537	19,552	45,799	36,159	17,804	128,851

- C肝「高風險」及「中高風險」之鄉鎮區中，有87個（72%）鄉鎮區不具消化科醫師，為使病人能及時得到治療，健保署已於**110年10月22日公告放寬DAA之處方醫師資格**



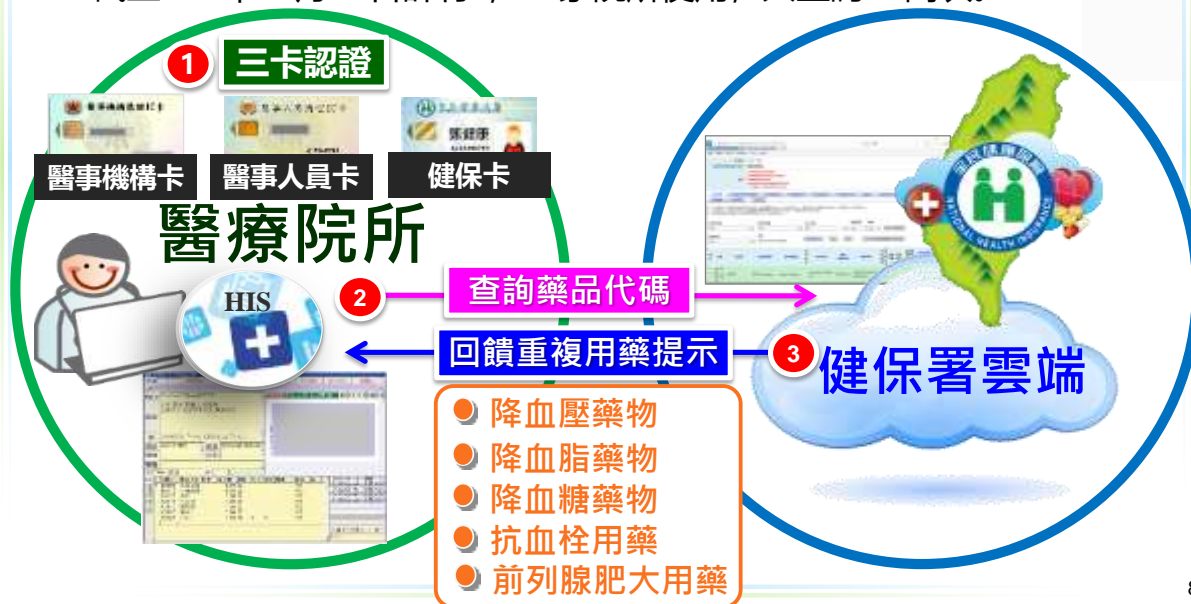
7



健保醫療資訊雲端查詢系統

新增「高風險藥品同藥理」重複用藥提示(API)

- 110年10月7日起新增5類高風險藥品以同藥理(ATC前5碼)及同劑型進行檢核，以提升病人用藥安全。
- 截至110年11月14日計有1,583家院所使用，共查詢41萬次。



8



異常管理專案報告

➤ 109年影像上傳率低院所篩異管理

監測

109年影像上傳率低院所

透析

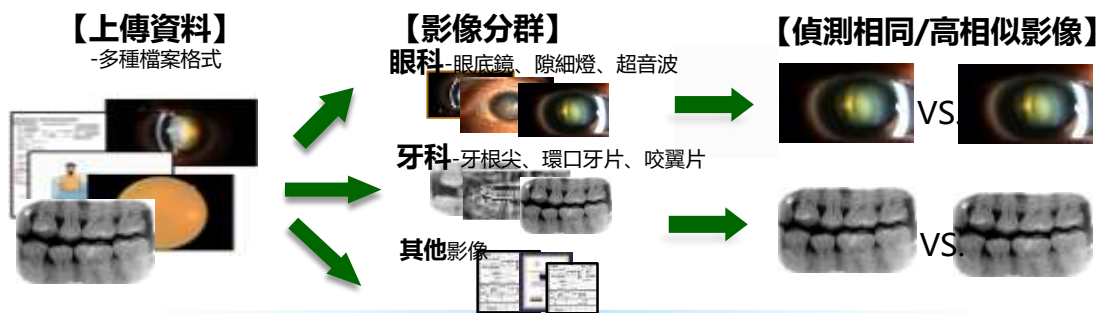
以指標分析篩選疑似異常申報情形：不符適應症、重複執行、不宜併報

篩異

異常院所加強抽審

➤ 影像相似度偵測重複管理

- 本署開發影像相似度偵測之AI模型，以防範「醫療院所檢送不同病人之檢查結果，以相同影像上傳」。
- 後續將AI模型分析結果進一步剖析與查證。



9



「施打COVID-19疫苗併報健保」自清專案



※資料統計：截至110年11月03日止

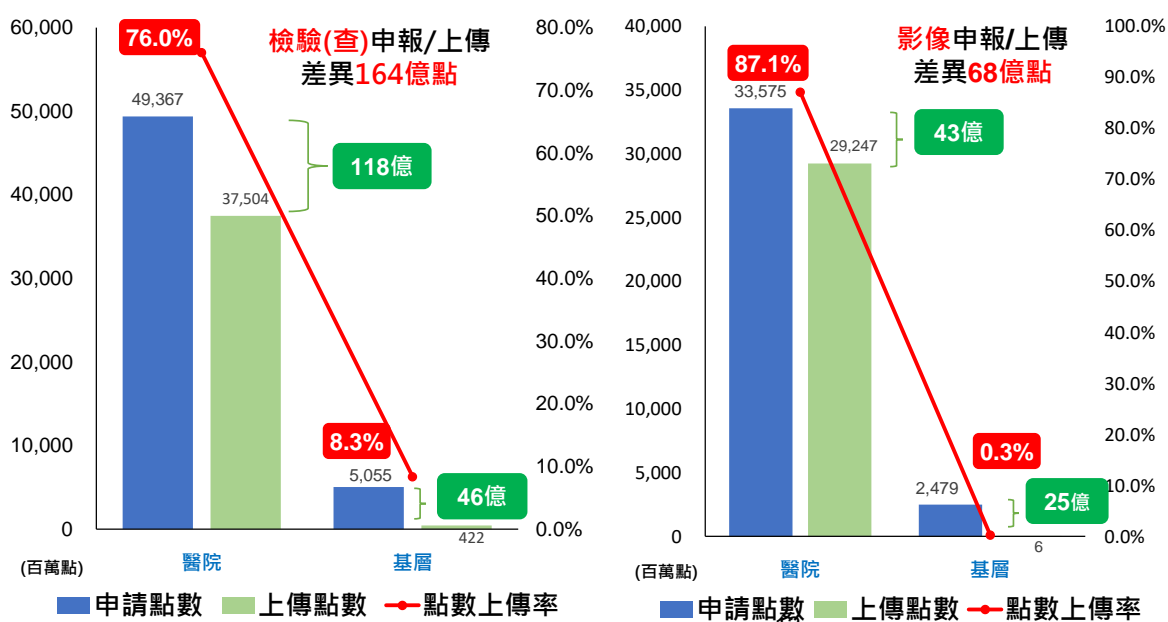
10

臺北業務組109年專案追扣、自清及查核成果

類別 總額 部門	專案追扣 (單位：點)	自清案件點數		查核 (查處追扣金額)			總計點數 (單位：點)
		院所自清 (費用科)	自願繳回 (醫管科)	其他行政 追扣金額 (單位：元)	扣減基數 金額 (單位：元)	罰鍰基數 金額 (虛報金 額) (單位：元)	
醫院總額	203,993,979	105,763,928	1,217,617	88,526	271,177	-	311,335,227
西醫基層	41,807,399	6,709,357	27,482,422	4,284,094	212,519	790,099	81,285,890
牙醫總額	8,679,222	8,032,377	50,542	45,559	-	228,834	17,036,534
中醫總額	3,993,249	2,275,793	2,877,279	197,026	1,173	64,902	9,409,422
總額總計	258,473,849	122,781,455	31,627,860	4,615,205	484,869	1,083,835	419,067,073
略計	2.5億(點)	1.2億(點)	3,100萬餘(點)	460萬餘(元)	48萬餘(元)	108萬餘(元)	近4.2 億點

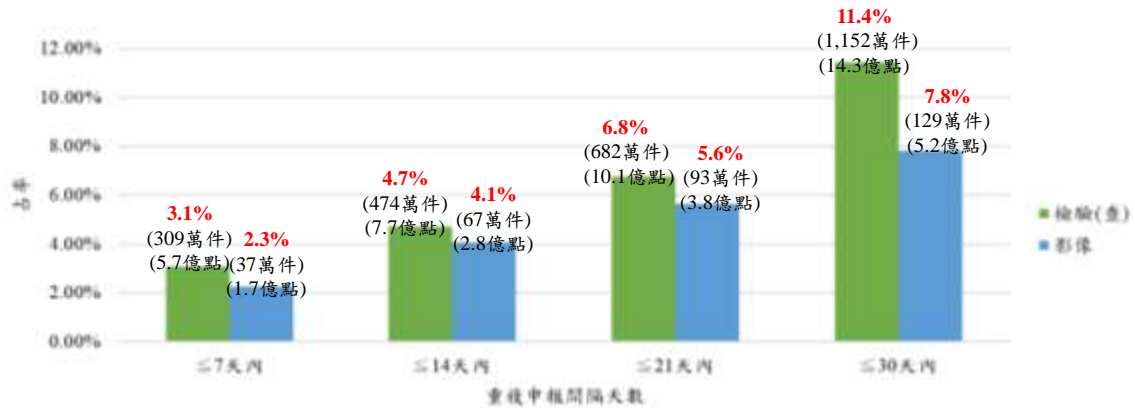
109年檢驗(查)/影像申報及上傳情形

申報/上傳差異232億點





109年有申報未上傳案件中， 同個案同醫令30天內重複申報



- ✓ 109年有申報未上傳案件：檢驗(查)1億件、影像1,652萬件。
- ✓ 同個案同醫令30天內重複申報：檢驗(查)占率均較影像高。

110年11月18日以署長信箋，請院長留意
院內上傳率低且執行異常之檢驗(查)項目

13



建立以病人為中心之健保就醫資料



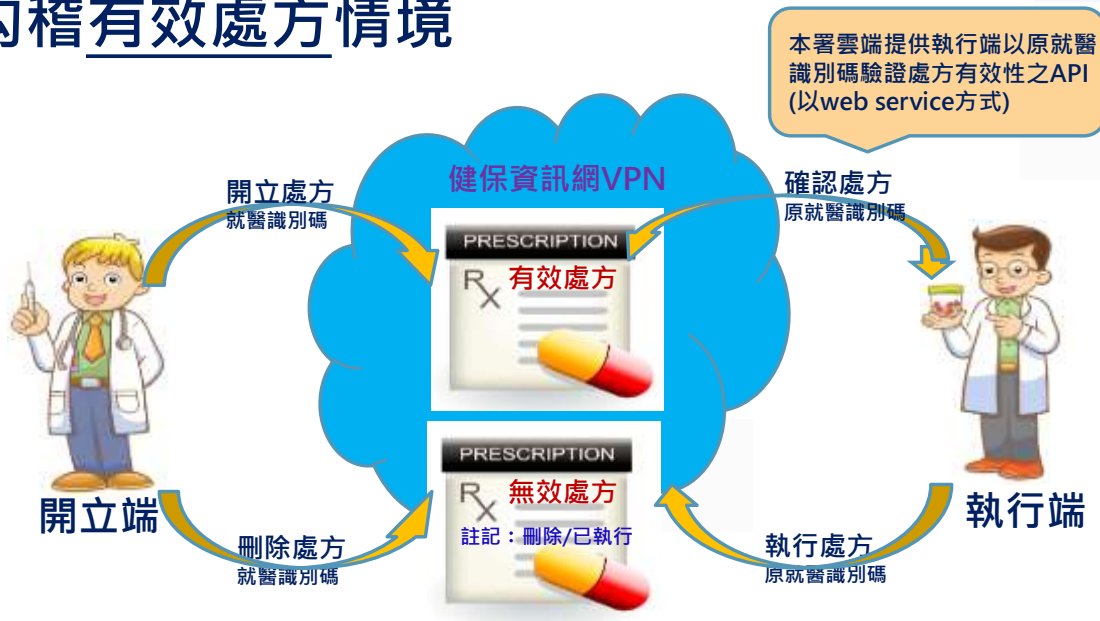
- ◆即時上傳資訊分享
- ◆簡單、明確KEY值及上傳檢查(驗)結果與醫療費用申報
- ◆以病人為中心之就醫資料即時分享利用：醫療雲端資訊及健康存摺

14



健保卡資料上傳格式2.0 就醫識別碼

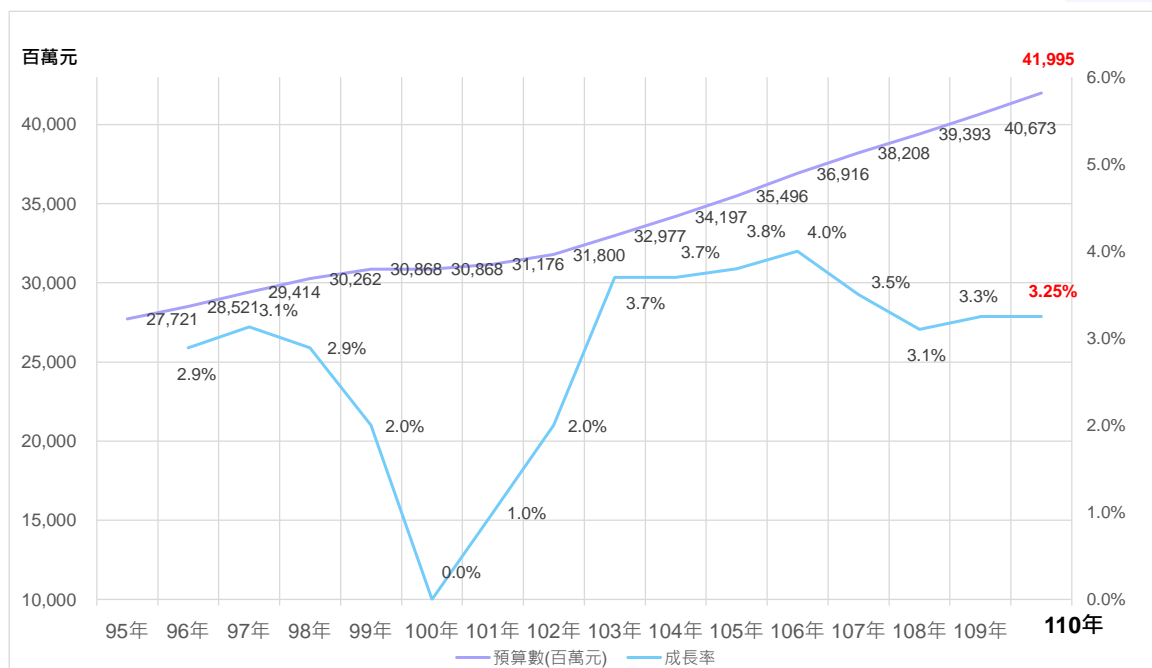
勾稽有效處方情境



15



95年-110年門診透析預算持續成長

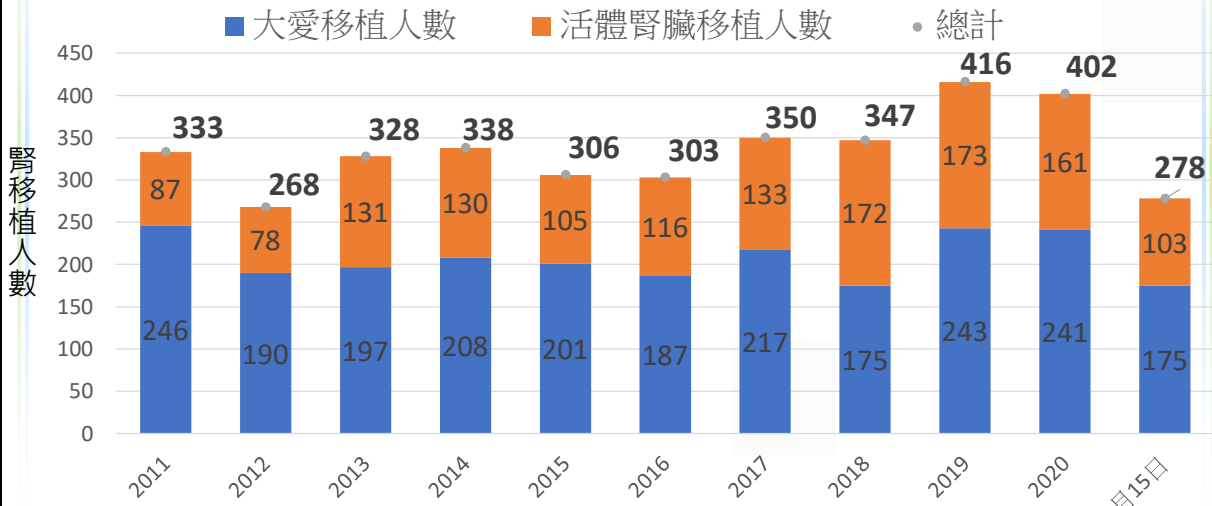


16



臺灣腎臟移植趨勢

◆ 每年腎臟移植新個案數約300~400例
(其中活體移植約100~170例)



資料來源：財團法人器官捐贈移植登錄中心
製表日期：110/11/15

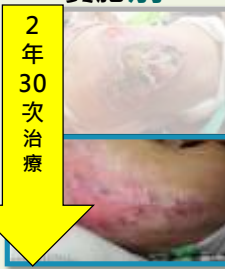
進駐/遠距提供醫療服務

首創智慧遠距照護住民褥瘡傷口

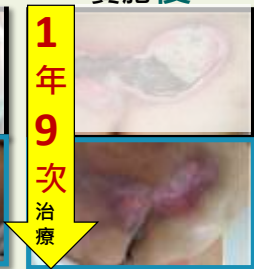


- 機構數：
7→**17家**
- 治療人數：
37→**162人**

實施前



實施後



遠距視訊，影音指導傷口照護

清除腐肉 洗淨傷口 減壓保養 敷料養肉芽



醫院端
整形外科醫師



機構端
傷口護理師

- 「智慧遠距傷口照護計畫」：清淨保養
- 法規鬆綁：爭取健保給付。

補足偏鄉醫療資源

首創連結扶輪社捐贈醫療巡迴車，因地制宜規劃需求

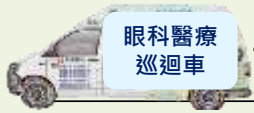
創新

車種

需連結外界資源
原因(設備不足)

評估設備需求及
使用/管理者

效益



眼科醫療
巡迴車

38處偏鄉無眼科

- 4縣市共用1台
- 管理：嘉義聖馬爾定醫院

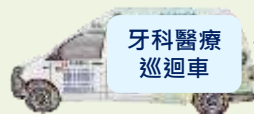


腹超車*

- C肝高盛行區
- 無行動式超音波儀器

- 規劃每40-60萬人1台
- 6家醫院各自管理，配合巡迴醫療及外展門診

207巡迴場次，
4209服務人次



牙科醫療
巡迴車

以躺椅或桌子替
代診療椅

- 牙科X光及2張牙科診療椅
- 嘉義縣牙醫巡迴醫療
- 管理：嘉義縣衛生局

1年巡迴里程數
>1萬公里(環島9
圈)，造福2665
位民眾



乳攝車#

乳攝車儀器故障
待編列預算修復
或購買

- 衛生局行動醫院乳癌篩檢
- 管理：部立臺南醫院

預計每年至少100
場
提升乳癌篩檢率

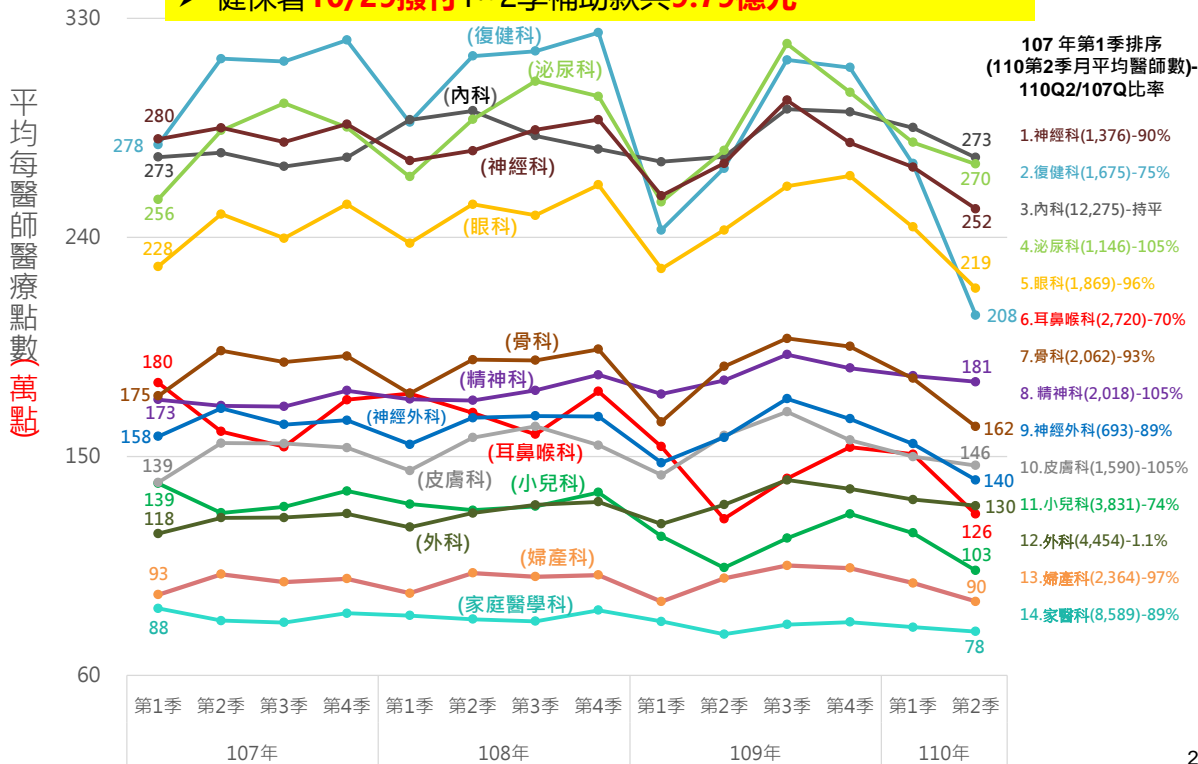
*腹超車:多功能超音波巡迴醫療車

#乳攝車:3合1乳房攝影車(含乳房攝影、乳房超音波、子宮頸抹片檢查)

19

未八補八-各季門診前14大就醫科平均每醫師申報醫療點數

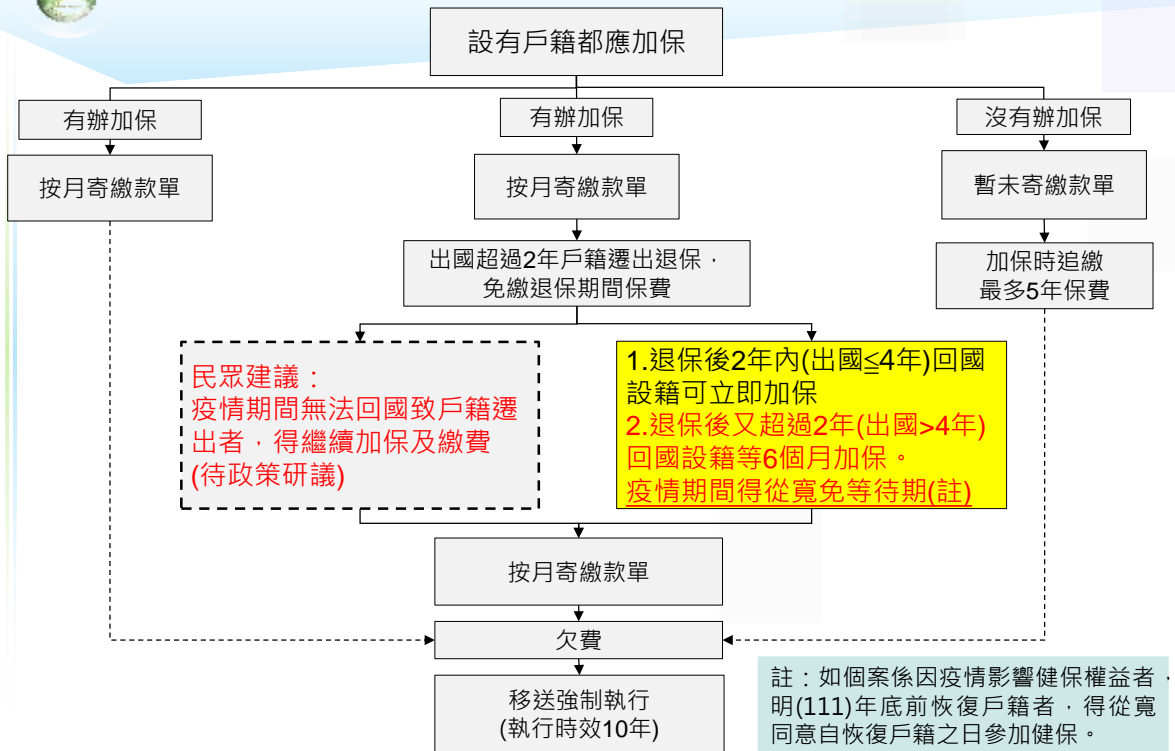
- 行政院法規會10/22審議通過，補助110年1~9月醫療費用
- 健保署10/29撥付1~2季補助款共9.79億元



20



因應疫情放寬健保投保6個月等待期



21



停復保現況爭議及因應策略

- 目前爭點** 設有戶籍已加保出國6個月以上，辦理停保，暫停繳納保費。應自返國日復保即可使用健保資源，影響權利義務的公平性及合理性，國人普遍認為有改革之必要性。
- 影響人數** 每年辦理停保者約16萬人，有半數以上(約9萬人)回國復保後，短期1年內又再度辦理停保，惟保費收入與醫療支出相當。109年疫情影響辦理停保人數約8.9萬人(減少7萬餘人)，短期復停者約5.5萬人(減少3.6萬人)
- 因應策略**
1. 政策建議廢除出國停復保制度，衛福部持續蒐集各界意見適時辦理法規修正事宜
 2. 多元宣導、申報管道，民眾辦理停復保更便利

短期復停保保費及醫療利用概況

年度	人數	保費收入 (億元)	醫療支出 (億點)	就醫人數	就醫率 (%)	平均醫療點值 (點/人)	平均繳納保費 (元/人)
107	87,990	4.34	3.97	58,904	67%	4,507	4,928
108	91,066	4.48	4.17	60,295	66%	4,577	4,915
109	54,679	2.68	2.45	35,896	66%	4,472	4,899

22



因應行動醫療需求 擴大試辦虛擬健保卡

健保系統再進化！不需實體卡也能就醫，健保署研擬「虛擬健保卡」

除了口罩實名購買制，健保系統也成為防疫最為關鍵的第一道防火牆。在這些良好基礎上，健保署開始研擬「虛擬健保卡」政策，未來民眾不需帶實體卡片，也能就醫。



• 健保快易通APP 申辦虛擬健保卡

- 使用既有健保快易通App身分認證機制
- 民眾自行透過手機申辦、流程簡單方便

• 授權使用功能

- 受照顧者可授權家人或陪病者代理使用虛擬健保卡
- 解決實體卡在多位照顧者間傳遞之困擾

• 三大試辦場域

- 遠距醫療、居家醫療、擴大視訊診療門診



37,112人
申辦虛擬健保卡



770家醫療院所
申請加入試辦計畫



439家醫療院所上線
3,112件申報件數

(資料截至2021/11/7)

23



健康存摺顯示疫苗/篩檢紀錄



中英文版



民眾FB po文
「現在進學校教學都需要這2個通行證」



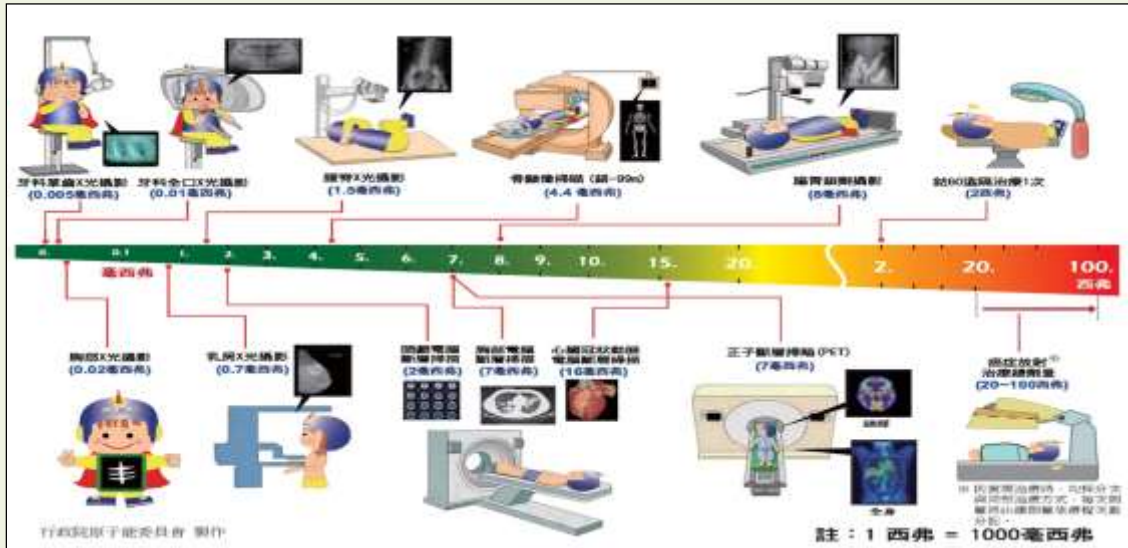
24

研議於健康存摺顯示醫療檢查輻射量

➢ 國際輻射防護委員會報告

- 暴露於1000毫西弗，致命的風險率為5%
- 每人每年總輻射暴露劑量超過100毫西弗時，易成為癌症的高危險群

➢ 研議於健康存摺顯示民眾因醫療檢查暴露輻射總量



25



司法院大法官審理蔡季勳等7人聲請釋憲案

➢ 人權團體訴求：

個人健保資料**不得作為健保業務以外目的之使用**

➢ 110年10月26日司法院召開說明會

本人帶隊，偕同中研院何之行副研究員等人出席。

➢ 院長許宗力大法官表示111年春季召開言詞辯論會議。

➢ 健保署精進作為 於健康存摺主動推播， 請民眾表達自身意願

- 健康存摺使用人數:超過723萬人
- 健保快易通使用人數:超過1,481萬人



26



健保資訊運用及共享意願調查



總填答數：89,866人

健保資訊運用及共享意願調查

為增進公共利益目的，提升醫療衛生及數位科技發展，健保署會將所蒐集之健保資料經加密處理後，提供學術研究/產業使用，您是否支持？

91.8%

支持提供學術利用

85.3%

支持提供產業應用

➤ 截至110年11月15日:健保快易通逾1,481萬人次安裝健康存摺723萬人使用。

27



以實證為基礎的醫療給付 -免疫查核點抑制劑的Real-world results-

Art. 1.11078-PM 24933

European Review for Medical and Pharmacological Sciences

2021; 25: ???-???

Real-world results of immune checkpoint inhibitors from the Taiwan National Health Insurance Registration System

S.-T. HSIEH¹, H.-F. HO², H.-Y. TAI², L.-C. CHIEN¹, H.-R. CHANG¹, H.-P. CHANG², Y.-W. HUANG², J.-J. HUANG², H.-J. LIEN², L.-Y. HUANG¹, P.-C. LEE^{3,4}

¹Division of Health Technology Assessment Center for Drug Evaluation, Taipei, Taiwan

²National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, Taipei, Taiwan

³Director of General, National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, Taipei, Taiwan

⁴Professor of Surgery, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taipei, Taiwan

*Szu-Ting Hsieh and Hsiao-Feng Ho are co-first authors
Li-Ying Huang and Po-Chang Lee are co-respondents*

備註:110年11月15於European Review for Medical and Pharmacological Sciences期刊發表

28



以實證為基礎的醫療給付

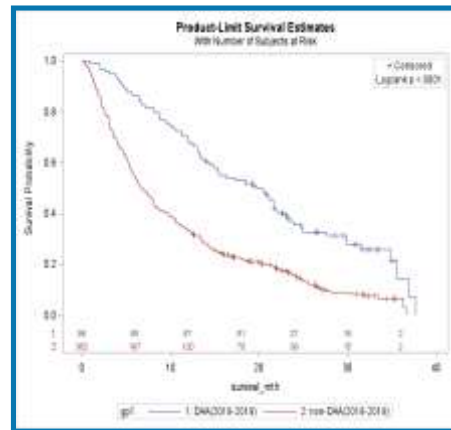
-晚期肝癌併有C肝病人使用DAA之效益-

利用台灣健保資料庫真實世界數據分析發現：使用sorafenib治療的晚期肝癌且合併C肝病人，**接受DAA相較於未用DAA者有較佳的存活**，且使用DAA組中C型肝炎成功治療者有更佳的存活

■ 存活分析

組別	模式一(未配對)		模式二(1:4 配對)	
	用藥組	未用藥組	用藥組	未用藥組
個案數	122	1562	98	362
存活期(月)				
平均值(標準差)	20.7(1.1)	12.5(0.3)	20.2(1.2)	11.1(0.6)
75分位(Q3)	34.9	18.9	34.9	15.3
中位數(Q2)	20.8	8.3	19.7	6.7
25分位(Q1)	10.2	3.4	9.9	3.1
存活率				
6個月	86.9%	59.1%	86.7%	53.6%
1年	70.5%	38.2%	68.4%	33.2%
2年	37.9%	18.9%	35.6%	15.5%

■ DAA組與non-DAA組存活分析(1:4配對)



DAA: direct-acting antiviral (直接作用抗病毒藥物)

備註：已獲European Review for Medical and Pharmacological Sciences期刊接受，近期將發表

29



健保大數據—AI加值科技防疫

TAIWAN CAN HELP !



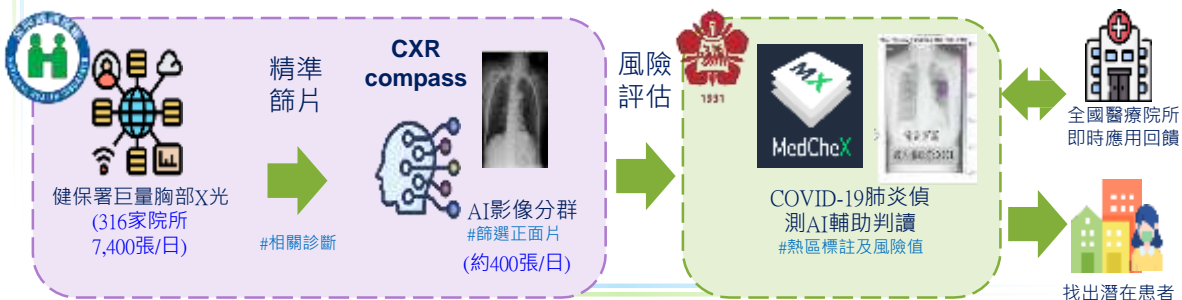
- 目的** 整合健保大數據及AI應用 展現臺灣數位防疫軟實力
- 技術** 「國際COVID19科技防疫黑客松競賽」 台灣唯一獲選的優勝隊伍
- 國內** 健保署今年開放全院所上傳資料 已即時回饋485筆X光影像
- 國際** 免費提供給全球各國使用 超過62個國家應用

以雙北資料驗證

發掘潛在風險未執行PCR個案回饋院所



透過常規X光檢查發掘潛在COVID-19高風險患者

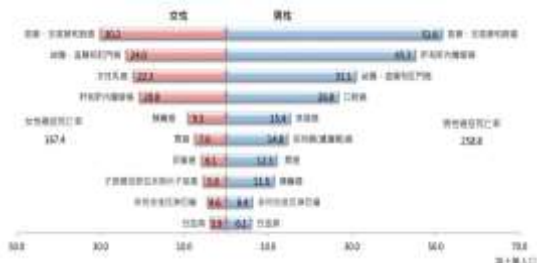


30



健保大數據—肺癌篩檢利器

肺癌為國人十大死因癌症之首



胸部X光前瞻運用— AI肺癌偵測



胸腔X光影像AI偵測疑似癌症病灶

目的

高準確度且成本低廉的肺癌普篩利器

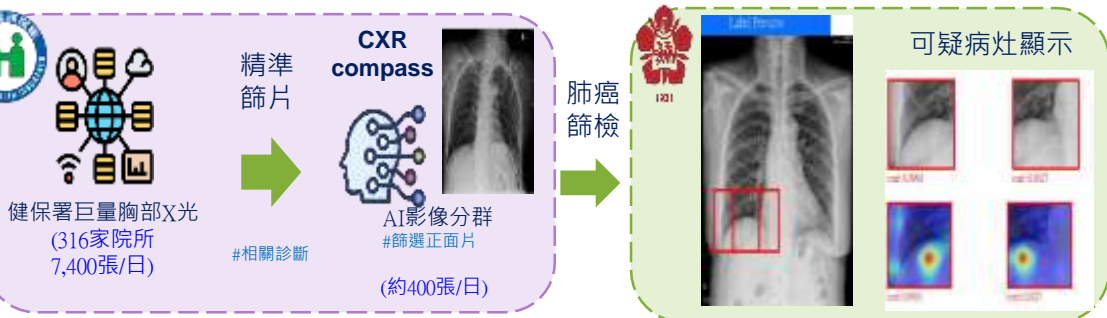
特點

胸腔X光成本及輻射劑量較低

效益

不必承受過多的輻射劑量危害、減輕健保給付負擔，達到雙贏的局面

運用AI技術偵測胸部X光是否有可疑肺癌病灶-**敏感度0.81**



31



各界肯定

評審團
大獎

2021數位時代
FCA創新商務獎

最佳管理
創新金獎

資誠永續影響力
世代永續 健保相伴

社會創新
銀獎

第4屆政府服務品質獎(社會關懷服務)
天涯弱比鄰 醫定守護您

入圍

2021總統盃黑客松
健保大數據·AI科技防疫

入選前
10名

第5屆總統創新獎
健保雲端科技防疫 台灣醫療數位轉型

複審



32

**本署榮獲
107年公務人員
傑出貢獻獎團體獎**



《107年公務人員傑出貢獻獎得獎名單揭曉》

「公務人員傑出貢獻獎」被譽為公務人員最高殊榮，向來選擇每年一次，其選拔分為個人傑出貢獻獎、每年總額約10名為限。本(107)年全國各機關遴選符合資格的67名公務人員及75位優秀團體參選，歷經3個月的嚴格篩選，終於在10月15日選出6位個人傑出貢獻獎及4位團體獎。

今年團體獎選出之衛生福利部中央健康保險署「健保醫療資訊系統建置與系統維護、系統維護與系統升級及系統升級維護、內政部地政司一貫傳統地籍地籍、房地資訊系統維護、行政院農業委員會林務局森林管理系統」。

公務人員傑出貢獻獎是唯一全國性且專屬於公務人員的最高榮譽。每年個人傑出貢獻獎合計最多選出110名，經考試院遴選委員會、學者組成評審委員會、最高審議會、簡報委員會、決審(含實地訪查及綜合審查)等階段之嚴格遴選程序，選出優秀的傑出個人及團體。

本署得獎人，都是深具專業素養人選，以奉獻的精神衷心投入，積極從事各項專業工作，並勇於面對困難與挑戰，不斷學習與成長，其專業能力及團隊合作精神，深受各界肯定與讚賞。此項殊榮的獲得，不僅是對本署全體同仁辛勤工作之肯定，也是對本署全體同仁在過去一年中，以專業、誠信、負責、奉獻的精神，達成各項任務，並獲得各界肯定與讚賞。

高質素專業的精神得以發揮，同時展現智慧、考試院於12月12日在總統府舉行10屆大禮堂，由考試院院長主持表揚大會，由副總統頒發得獎證書及獎金獎牌，表揚本署全體得獎人，藉此激勵所有本署的公務人員，秉持積極、開朗、熱忱、奉獻的精神，達成各項任務，以勇於負責、主動承擔的觀念為民服務。

〈資料來源：107.10.26健康新聞稿〉

**本署資訊組吳淑慧組長榮獲
110年公務人員傑出貢獻獎**



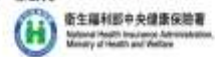
健保科技防疫背後的無名英雄

♥**異域整合，創造資訊價值：**
109年COVID-19全球大流行，健保署運用「健保卡」及「健保大數據」跨域整合5機關資料，依李伯璋署長指示優先完成使命，在農曆春節期間2天內提供特約醫療服務機構查詢歷史，後續擴充TOCC(旅遊史、職業史、接觸史及群聚史)資訊及居家檢疫隔離資訊，降低疫情擴散風險，緩解醫護人員內心壓力。

♥**結合業務與資訊科技，有效提升效率與品質：**
COVID-19疫情爆發初期，109年1月民眾連續及囤積醫用口罩等於防疫物資，為確保醫療院所等第一線防疫人員能夠取得足量防疫物資，並公平分配給國人，資訊組吳淑慧組長與同仁在3天內建置防疫口罩實名制系統，讓國人均能公平地購買口罩，穩定民心。



健保署資訊組吳淑慧組長於108年8月8日「AIIC醫療資訊分享論壇研討會」上擔任與談人。



**務實面對台灣醫療問題
治療病人
以病人最大利益為考量**



向世界分享台灣的健保

Dear Dr. Lee, Dear Dr Wang, Dear Dr. Chen, Dear Dr. Peng,

Thank you again for submitting your revised proposal, Digital Health Care in Taiwan. We greatly appreciate your review, consideration, and integration of the reviewers' comments in your revised proposal.

Good news: We finally have completed our review of your proposal. Thank you again for your patience.

I am happy to inform you that your open access book project Digital Health Care in Taiwan has been approved within Springer. I also

Springer is one of the world's foremost publishers of scientific, technical, and medical monographs and journals aimed at professionals, practitioners, academics, researchers, and students.....

I hope you are as pleased as we are about this opportunity to work together on publishing your open access book with Springer. I look forward to hearing from and working with all of you.

Thank you very much.



Springer

Best wishes,
Janet

THE DIGITAL HEALTHCARE IN TAIWAN

Innovations of National Health Insurance



Dr. Jing-Lian Editor

35



謝謝聆聽 敬請指教



全民健康保險會110年11月19日第5屆第7次委員會會議
中華民國醫師公會全國聯合會提供補充資料

表2-1 109年投保人口、戶籍人口、西醫基層總額一般服務預算占率
及平均每人預算數

分區	投保人口 占率 ^(註1)	戶籍人口 占率 ^(註1)	一般服務預算 占率 ^(註2)	平均每人預算數 ^(註2)
台北	36.9%	32.3%	33.1%	4,537
北區	16.2%	16.3%	15.3%	4,796
中區	18.1%	19.4%	18.8%	5,263
南區	12.9%	14.1%	14.6%	5,758
高屏	14.0%	15.6%	16.0%	5,800
東區	2.0%	2.3%	2.1%	5,347
全區	100.0%	100.0%	100.0%	5,060

表2-2 109較95年投保人口、戶籍人口、西醫基層總額一般服務
預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口 成長率 ^(註1)	戶籍人口 成長率 ^(註1)	一般服務預算 成長率 ^(註2)	平均每人預算 成長率 ^(註2)
台北	10.6%	3.7%	54.5%	39.8%
北區	16.6%	14.3%	66.2%	42.6%
中區	4.9%	3.2%	49.4%	42.4%
南區	-1.9%	-3.0%	37.8%	40.5%
高屏	-0.5%	-1.6%	53.6%	54.4%
東區	-9.4%	-7.2%	33.0%	46.8%
全區	6.5%	3.0%	51.8%	42.5%

註：1. 資料來源，投保人數(4季季中均值)；戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料，相關資料詳表2-3。

2. 一般服務預算不包門診透析、品質保留款及專款項目(合併同點值結算之專款)等。

資料來源：全民健康保險會110年10月22日第5屆第6次委員會會議補充資料第14頁

表5 95、105~109年西醫基層總額各分區門診就醫次數、費用點數

年 分區	門診件數(千件)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台 北	49,747	55,750	54,864	56,164	57,797	50,482	735	1.5%
北 區	23,367	27,329	26,690	27,508	28,196	24,751	1,383	5.9%
中 區	35,787	38,198	36,523	37,429	38,156	33,512	-2,275	-6.4%
南 區	28,412	28,774	27,993	28,375	28,635	25,705	-2,706	-9.5%
高 屏	30,171	31,360	31,232	31,805	32,441	29,152	-1,019	-3.4%
東 區	4,066	3,769	3,698	3,670	3,709	3,350	-716	-17.6%
全 區	171,550	185,180	181,000	184,953	188,934	166,953	-4,598	-2.7%
年 分區	平均每人門診就醫次數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台 北	6.27	6.48	6.33	6.44	6.60	5.76	-0.52	-8.2%
北 區	7.10	7.38	7.13	7.28	7.41	6.45	-0.65	-9.1%
中 區	8.73	8.99	8.55	8.73	8.88	7.79	-0.94	-10.7%
南 區	9.11	9.29	9.05	9.19	9.32	8.41	-0.71	-7.7%
高 屏	9.05	9.38	9.37	9.57	9.77	8.79	-0.26	-2.9%
東 區	7.81	7.75	7.66	7.67	7.82	7.10	-0.71	-9.1%
全 區	7.69	7.86	7.67	7.81	7.97	7.03	-0.67	-8.7%
倍數	1.45	1.45	1.48	1.49	1.48	1.53	-	-
年 分區	門診費用點數(百萬點)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台 北	25,155	32,752	34,139	35,213	36,898	35,390	10,234	40.7%
北 區	11,920	16,340	17,031	17,782	18,612	18,037	6,117	51.3%
中 區	18,035	22,637	23,155	24,126	24,969	24,106	6,071	33.7%
南 區	13,859	16,725	17,251	17,718	18,320	17,863	4,004	28.9%
高 屏	14,813	18,374	19,383	19,953	20,789	20,365	5,551	37.5%
東 區	2,100	2,437	2,532	2,548	2,611	2,562	461	22.0%
全 區	85,883	109,264	113,491	117,339	122,199	118,322	32,439	37.8%
年 分區	平均每人門診費用點數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台 北	3,172	3,805	3,938	4,040	4,215	4,036	864	27.2%
北 區	3,621	4,412	4,551	4,709	4,894	4,700	1,079	29.8%
中 區	4,399	5,325	5,421	5,625	5,810	5,607	1,207	27.4%
南 區	4,446	5,400	5,580	5,738	5,963	5,843	1,398	31.4%
高 屏	4,444	5,495	5,815	6,004	6,263	6,140	1,696	38.2%
東 區	4,033	5,008	5,240	5,327	5,509	5,429	1,396	34.6%
全 區	3,852	4,640	4,811	4,957	5,152	4,982	1,129	29.3%
倍數	1.40	1.44	1.48	1.49	1.49	1.52	-	-

資料來源：110年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，投保人數(4季季中均值)採西醫 基層總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1. 平均每人就醫次數及費用點數，分母採4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

2. 件數不含門診透析、慢性病連續處方調劑案件、補報部分醫令或醫令差額、排檢及交付機構(包括特約藥局、醫事檢驗所、醫事放射所及物理治療所)申報件數；費用點數不含門診透析服務點數。

3. 倍數=分區中最高者/分區中最低值。

資料來源：全民健康保險會110年10月22日第5屆第6次委員會會議補充資料第18頁

105年至110年第1季西醫基層總額一般服務費用地區預算分配之「風險調整移撥款」分配情形

製表單位：中華民國醫師公會全國聯合會

年度	西醫基層總額一般服務分配機制	分區別	各分區提撥 風險基金金額 (非估值)A	風險基金撥 予各區金額 B	成長率下限各 分區調整金額 C	各分區調整後金額 (非估值) D=B-A+C
105年	西醫基層總額一般服務分配機制 1. 一般服務增加金額 3,866.4 百萬元(成長率 3.831%)。總金額 104,583.1 百萬元。 2. R 值 66%、S 值 34%。 3. 風險調整基金 575 百萬元。 4. 五分區成長率下限保障總成長率 3.831%的 85%。 5. 微調機制： (1) 五分區成長率不得低於 3.26% [3.831%【105 年一般服務預算成長率】× (1-15%)]。 (2) 風險調整基金 (A) 提撥予臺北區：350 百萬元。 (B) 提撥予東區：75 百萬元。 (C) 提撥予中區：150 百萬元。 (3) 各區各季浮動點值以每點 1.1 元為上限。 (4) 調整各分區「應減列查處追扣金額」、「應回補查處追扣金額」，併入一般服務費用結算。	臺北	191,525,062	350,000,000	-50,923,392	107,551,546
		北區	88,413,508	0	-23,518,458	-111,931,966
		中區	110,666,828	150,000,000	-13,894,841	25,438,331
		南區	89,343,330	0	100,457,849	11,114,519
		高屏	95,051,272	0	-12,121,158	-107,172,430
		東區	0	75,000,000	0	75,000,000
總計		575,000,000	575,000,000	0	0	
106年	1. 一般服務增加金額 4,169.6 百萬元(成長率 3.963%)。總金額 109,175.3 百萬元。 2. R 值 66%、S 值 34%。 3. 風險調整基金 680 百萬元。 4. 五分區成長率下限保障總成長率 3.963%的 85%。 5. 微調機制： (1) 風險調整基金 680 百萬元。 (A) 臺北區：400 百萬元。 (B) 東區：80 百萬元。 (C) 中區：200 百萬元。 (2) 五分區(不含東區)依公式計算後，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之 3.37% [3.963%【106 年一般服務預算成長率】× (1-15%)]。 (3) 各區各季浮動點值以每點 1.1 元為上限。	臺北	227,840,250	400,000,000	-53,411,439	118,748,311
		北區	105,047,493	0	-24,625,046	-129,672,539
		中區	130,862,762	200,000,000	-28,758,344	40,378,894
		南區	104,473,453	0	133,026,294	28,552,841
		高屏	111,776,042	0	-26,231,465	-138,007,507
		東區	0	80,000,000		80,000,000

年度	西醫基層總額一般服務分配機制	分區別	各分區提撥 風險基金金額 (排估值)A	風險基金撥 予各區金額 B	成長率下限各 分區調整金額 C	各分區調整後金額 (排估值) D=B-A+C
	(4)調整各分區「應減列查處追扣金額」、「應回補查處追扣金額」、「強化基層照護能力及開放表別項目」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」，併入一般服務費用結算。	總計	680,000,000	680,000,000	0	0
	1. 一般服務增加金額2,532.9百萬元(成長率2.310%)。總金額112,094.8百萬元。 2. R值66%、S值34%。 3. 風險調整基金448百萬元。 4. 五分區成長率下限保障總成長率2.310%的85%。 5. 微調機制：	臺北	150,653,089	300,000,000	-57,080,691	92,266,220
	(1) 風險調整基金448百萬元。 (A) 臺北區：300百萬元 (B) 東區：48百萬元 (C) 點值落後區(不含臺北區和東區)：100百萬元	北區	69,345,670	0	-35,879,596	-105,225,266
	(2) 五分區成長率不得低於五分區預算成長率之1.96% $[2.310\% \times (1-15\%)]$ 。	中區	86,185,711	100,000,000	15,489,187	29,303,473
107年	(3) 四分區(不含臺北區及東區)預算依前開成長率調整後，比照四分區及全區浮動點值計算方式，估算四分區點值最低分區且其浮動點值每點低於1元為點值落後地區。 (4) 五分區各季浮動點值以每點1元為上限，東區各季浮動點值以每點1.1元為上限。 (5) 調整各分區「應減列查處追扣金額」、「應回補查處追扣金額」、「強化基層照護能力及開放表別項目」、「基層總額轉診型態調整費用」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」及藥品價量協議，併入一般服務費用結算。	南區	68,306,540	0	115,476,331	47,169,791
		高屏	73,508,987	0	-38,005,231	-111,514,218
		東區	0	48,000,000	0	48,000,000
		總計	448,000,000	448,000,000	0	0

年度	西醫基層總額一般服務分配機制	分區別	各分區提撥 風險基金金額 (推估值) A	風險基金撥 予各區金額 B	成長率下限各 分區調整金額 C	年度風險調整 基金未支用金 額攤分至各分 區之金額 D	各分區調整後 金額 (推估值) E=B-A+C+D
108年	<p>1. 一般服務增加金額 3,263.8 百萬元(成長率 2.901%)。總金額 115,665.2 百萬元。</p> <p>2. R 值 67%、S 值 33%。</p> <p>3. 風險調整基金 500 百萬元。【六分區提列 485 百萬元，北區再提列 15 百萬元】。</p> <p>4. 五分區成長率下限保障總成長率 2.901%的 75%。東區成長率下限保障總成長率 2.901%的 60%。</p> <p>5. 微調機制</p> <p>(1) 風險調整基金 500 百萬元。提撥點值落後區(六區)</p> <p>(A) 點值排序第 6 名地區為[台北區]時：第 5 名占 30%，第 6 名(台北區)占 70%。</p> <p>(B) 點值排序第 6 名地區非[台北區]時：第 5 名占 50%，第 6 名占 50%。</p> <p>(2) 依 106 年論病例計酬案件點值差額，優先分配至各分區。</p> <p>(3) 五分區費用成長率不得低於 2.176% [2.901% - 費用成長率 - 一般服務預算成長率] × 75%，東區費用成長率不得低於 1.741% [2.901% - 一般服務預算成長率] × 60%。</p> <p>(4) 分區費用依「應減列查處追扣金額」、「應回補查處追扣金額」及「強化基層照護能力及開放表別項目」、「新增醫藥分業地區區所增加之藥劑調劑費用」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品價量協議，併入一般服務費用結算後，浮動點值排序第 5 名及第 6 名之分區(共 2 區)，為點值落後地區。</p>	臺北	165,332,939	387,445,354	-103,413,229	236,242	118,935,428
		北區	76,142,629	0	-47,497,411	107,985	-123,532,055
		中區	94,147,123	81,160,290	-58,921,827	134,211	-71,774,449
		南區	73,737,556	0	142,822,066	105,383	69,189,893
		高屏	80,037,889	30,680,639	-49,880,462	114,442	-99,123,270
		東區	10,601,864	0	116,890,863	15,454	106,304,453
		總計	500,000,000	499,286,283	0	713,717	0

年度	西醫基層總額一般服務分配機制	分區別	各分區提撥 風險基金金額 (排估值)A	風險基金撥 予各區金額 B	各分區調整金額 (排估值) C=B-A
109年	<p>1. 一般服務增加金額 4,274.8 百萬元(成長率 3.685%)。總金額 120,285.1 百萬元。</p> <p>2. R 值 68%、S 值 32%。</p> <p>3. 風險調整基金 600 百萬元。</p> <p>4. 微調機制</p> <p>(1) 如109年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大(等)於1，則風險調整基金於移撥後同時回歸，浮動點值(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑劑費用)以每點1.1元為上限，若有分區浮動點值大於上限，移撥該分區高於每點1.1元之預算，並依109年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸其他分區，回歸後各分區排序不變。</p> <p>(2) 如109年全年結算後，有部分分區浮動點值小於1，則風險調整基金6億元(每季移撥1.5億元，6億元/4)按季移撥後，再依中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)109年11月19日全醫聯字第1090001452號函，所提之一般服務費用地區預算分配方式處理，若移撥後仍有剩餘款，則依109年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸各分區，撥補後排序不變。</p> <p>註：109年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大於每點1元，風險調整基金於移撥後同時回歸，納入一般服務費用結算辦理。</p>	臺北	197,783,280	197,783,280	0
		北區	91,299,120	91,299,120	0
		中區	114,242,160	114,242,160	0
		南區	88,119,360	88,119,360	0
		高屏	96,012,000	96,012,000	0
		東區	12,544,080	12,544,080	0
		總計	600,000,000	600,000,000	0
110年 Q1	<p>1. 一般服務增加金額 4,195.9 百萬元(成長率 3.493%)。總金額 124,336.1 百萬元。</p> <p>2. R 值 68%、S 值 32%。</p> <p>3. 風險調整移撥款 600 百萬元。</p> <p>4. 六分區估算浮動點值以每點 1.1 元為上限。如仍有剩餘款，併入風險調整移撥款。自 110 年第 2 季起各季中有經中央流行疫情指揮中心宣布疫情警戒標準為第二級含以上時，則本項費用不移撥。</p> <p>5. 風險調整移撥款保障東區點值至每點 1 元後，各區點值重新排序，餘款撥補點值落後地區撥補方式與比率分配如下：</p> <p>(1) 點值排序第 6 名之地區為[臺北區]時：第 4 名分區占 15%、第 5 名分區占 25%、第 6 名分區占 60%。</p> <p>(2) 點值排序第 6 名之地區[非臺北區]時：第 4 名分區占 20%、第 5 名分區占 40%、第 6 名分區占 40%。</p> <p>(3) 點值落後地區如僅有 1 或 2 分區，仍維持前開撥補比率。</p>	臺北	49,182,241	89,405,892	40,223,651
		北區	22,737,945	0	0
		中區	28,359,847	0	0
		南區	21,788,156	0	0
		高屏	23,860,764	0	0
		東區	3,080,867	0	0
		總計	149,009,820	89,405,892	40,223,651

註：「風險基金撥予各區金額」、「成長率」限各分區調整金額、「年度風險調整基金未支用金額」分至各分區之金額，依各年度各季「西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」資料計算。